

ANSA.it

TORNA SU
ANSA.IT

Salute&Benessere

NEWS

SPECIALI ED EVENTI

VIDEO

PROFESSIONAL

SALUTE BAMBINI

65+

cerca

Sanità | Medicina | Associazioni | Alimentazione | Estetica | Stili di vita | Terme e Spa | Expo 2015

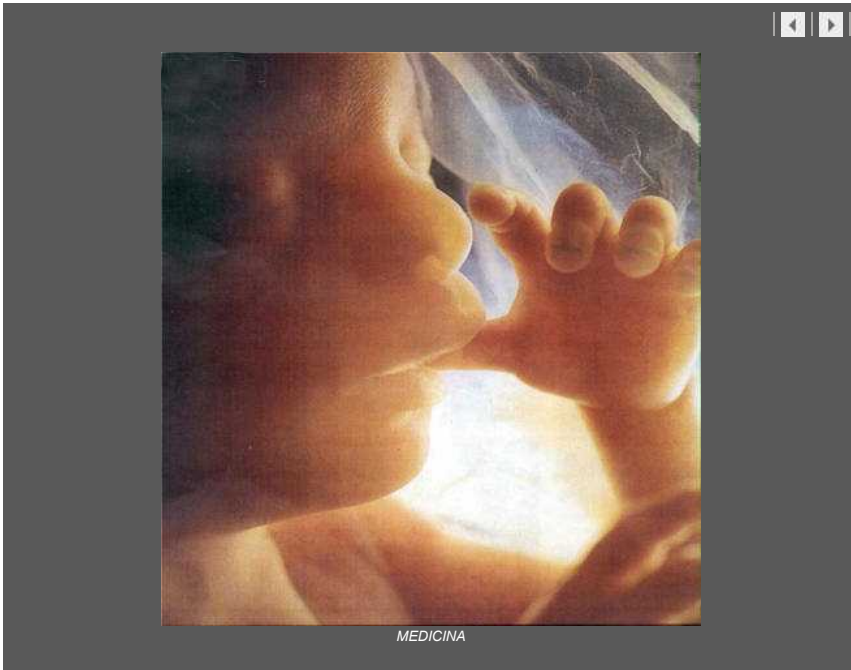
ANSA > Salute e Benessere > Sanità > Acido folico il miglior alleato per gravidanza

Acido folico il miglior alleato per gravidanza

Ideale assumere Vitamina B9 anche prima del concepimento

27 luglio, 18:51

◀ Indietro | Stampa | Invia | ✉ Scrivi alla redazione | 🗨 Suggestisci (0)



MEDICINA

Il miglior amico delle donne che aspettano un bambino "è la vitamina B9, meglio conosciuta come acido folico". Lo ha spiegato il ricercatore del Centro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), Paolo Salerno, in occasione del convegno "Stili di vita, corretta alimentazione in gravidanza e prevenzione delle patologie congenite", organizzato a Expo dal Ministero della Salute. "Tutte le donne che pianificano una gravidanza o non la escludono dovrebbero iniziare ad assumere acido folico, in quantità di circa 0,4 milligrammi al giorno - ha spiegato l'esperto -. Va assunto fino al terzo mese di gravidanza, quando si verifica la chiusura del tubo neurale. La vitamina B9 permette di prevenire lo sviluppo nel neonato di gravi malformazioni del sistema nervoso centrale, tra cui la più nota è la spina bifida". La dieta mediterranea è ricca di acido folico, presente soprattutto in legumi e verdure a foglia larga e frutta, "ma è necessaria una supplementazione, tramite pasticche che si possono trovare in farmacia", ha aggiunto Salerno. E' importante iniziare sin da subito ad assumere la vitamina B9. "Spesso la donna scopre di essere incinta solo alla quinta settimana di gravidanza - ha proseguito Salerno -. Ma lo sviluppo delle strutture embrionali, da cui si formeranno il cervello e il midollo spinale del feto, si completa appena 28 giorni dopo il concepimento". L'assunzione di acido folico va ovviamente accompagnata da un'alimentazione "sana ed equilibrata ricca di frutta e verdura" e dall'astensione totale da alcol e fumo, anche passivo.

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

◀ Indietro

condividi:



PUBBLICITÀ

ANSA SALUTE PROFESSIONAL

Di Enti Locali: Sanità; meno risonanze e test laboratorio

In un documento le prime indicazioni sulle prestazioni improprie

Sanità: Fp Cgil, tagli sono agonia Ssn in favore privato**Sanità: a Pescara centro malattie neurodegenerative bimbi**

Grazie a 'Progetto Noemi' si lavora su Unità in Pediatria

[VAI AL SITO PROFESSIONAL](#) | ➤ |

SPECIALI ED EVENTI

Salute: esperti, gli italiani convinti di mangiare bene ma non è così

Test con piramide alimentare, troppi dolci, poco pesce e verdure

Italiani hanno speso 9.400 milioni euro per farsi belli

Il comparto vale 14 milioni di euro, cresce Export con +4,9%

Tumori: mille casi al giorno, sei proposte per più assistenza

Documento di 12 associazioni pazienti, reti e 'pagelle' qualità

Urologi, 'pillole amore' mercato nero rischiose e inefficaci

Verze, non contengono principio attivo ma eccipienti pericolosi

Fumo: per italiani ok alternative a sigarette se testate

Ipsos, 86% intervistati vuole prova scientifica minore rischio

Avanafil, una nuova arma per diabetici e prostaticomizzati

Studi rivelano miglioramenti anche in categorie più difficili

Al via RiminiWellness per fitness e benessere

In programma fino al 31 maggio, madrina è Giorgia Surina

[VAI ALLA RUBRICA](#) | ➤ |

GRAVIDANZA/ Le recenti linee guida varate dal ministero della Salute per il «Nipt»

Diagnosi genetica: il test è ok

Indagine mirata e validata per le principali aneuploidie autosomiche

La cosiddetta rivoluzione che ha investito la genetica negli ultimi 15 anni è stata trainata dalla innovazione tecnologica, che ha consentito di miniaturizzare le tecniche e abbattere i costi e i tempi delle analisi. Di tutto questo sta beneficiando anche la diagnosi genetica prenatale che, da indagine invasiva basata sulla acquisizione dei tessuti fetali, sta diventando progressivamente una tecnica non invasiva (Non invasive prenatal testing o Nipt).

Era noto da tempo che il feto, a partire dalle primissime settimane di gravidanza, rilascia nel circolo materno cellule, soprattutto di origine placentare. Dopo avere perso molti anni a cercare di isolare tali cellule da utilizzare eventualmente con finalità diagnostiche, ci si è resi conto che la loro precoce lisi le rendeva praticamente inutilizzabili per tale finalità.

Viceversa, il Dna che si liberava dalle cellule della placenta, poteva essere analizzato per indagare specifiche patologie nel feto. Negli ultimi anni si è così scoperto che questo Dna degradato, presente in frammenti di circa 180 coppie di basi, attorno alla decima settimana di gravidanza assomma mediamente a circa il 10% del Dna libero presente nel sangue della madre, da dove può essere recuperato. Quando la percentuale del Dna libero fetale supera la percentuale del 4% del totale del Dna libero (il che accade in circa il 98% dei casi) diventa possibile analizzarlo con le tecniche di sequenziamento di seconda generazione, a esempio per ricercare alcune patologie cromosomiche, come la trisomia del cromosoma 21 associata alla sindrome di Down. I protocolli Nipt si basano su comparazioni.

A esempio, si può confrontare il numero dei frammenti di Dna del cromosoma 21 del feto, con il numero dei frammenti di un altro cromosoma presente in due copie nello stesso campione, oppure con i frammenti ottenuti da un insieme di campioni di riferimento derivati dalle gravidanze di feti con due cromosomi 21. Se il campione in esame contiene due copie del cromosoma 21, il rapporto con i frammenti ottenuti dai cromosomi o dai campioni di riferimento è all'incirca 1.

Viceversa, in presenza di una trisomia fetale 21, il rapporto è diver-

so da 1 per la presenza dei frammenti aggiuntivi provenienti dal cromosoma in sovrannumero. I dati disponibili ottenuti su decine di migliaia di gravidanze monitorizzate indicano al momento una sensibilità della tecnica, per la trisomia 21, del 99,2% con una percentuale di falsi positivi dello 0,09%, e sensibilità più basse per la trisomia 18 (96,3%) e per la trisomia 13 (91%). Analogamente, la sensibilità è attorno al 90% o di poco superiore per le anomalie di numero dei cromosomi sessuali.

Il ministero della Salute ha recentemente emanato linee-guida per il Nipt, prendendo atto dello straordinario sviluppo che sta avendo questa tecnica e delle sue ipotizzabili potenzialità future anche per la diagnosi di alcune malattie genetiche.

Il documento ministeriale sottolinea che il Nipt è un test di screening e non un test diagnostico, ma ne evidenzia l'elevata sensibilità e specificità, rispetto alle altre indagini non invasive.

Ne consegue che i risultati positivi devono essere confermati con una tecnica invasiva. Inoltre, raccomanda che il test sia preceduto da un'ecografia e dalla consulenza pre-test, allo scopo di illustrare le potenzialità e i limiti e discutere le opzioni alternative disponibili per monitorare la gravidanza.

L'indagine è al momento mirata e validata per le principali aneuploidie autosomiche e può essere applicata anche alle gravidanze gemellari.

Le linee-guida definiscono anche le caratteristiche che devono avere i centri e i laboratori che offrono il Nipt, che viene raccomandato come test di prima o di seconda scelta per il monitoraggio delle principali aneuploidie autosomiche, in considerazione della competitività dei costi, rispetto alle analisi invasive del primo e del secondo trimestre, e auspicano una pianificazione del servizio basata su accordi interregionali.

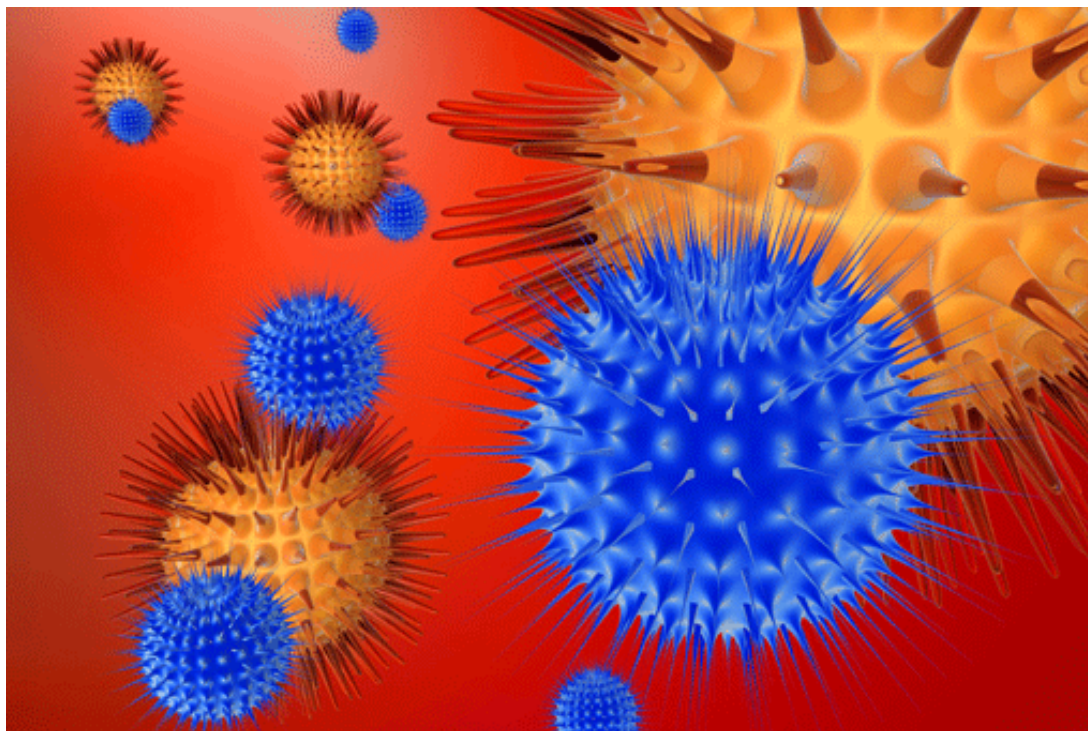
Bruno Dallapiccola
direttore scientifico

Ospedale pediatrico Bambino Gesù

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Hiv, combinazione a base di tenofovir alafenamide superiore a quella con il classico tenofovir



27 luglio 2015

Gilead Sciences ha comunicato i dati dettagliati a 48 settimane derivati da uno studio in aperto di Fase 3 (Studio 109) inteso a valutare il suo regime sperimentale monocompressa a somministrazione monogiornaliera contenente elvitegravir 150 mg, cobicistat 150 mg, emtricitabina 200 mg e tenofovir alafenamide 10 mg (E/C/F/TAF) in 1.436 pazienti adulti virologicamente soppressi prima trattati con regimi a base di tenofovir disoproxil fumarato (TDF).

Lo studio in oggetto ha raggiunto l'endpoint primario consistente nella non inferiorità del regime E/C/F/TAF rispetto ai regimi a base di TDF alla settimana 48.

Lo studio ha inoltre dimostrato la superiorità statistica del regime nei pazienti con livelli di HIV-1 RNA inferiori a 50 copie/ml alla settimana 48 e dei miglioramenti statisticamente significativi dei parametri di laboratorio relativi alla funzionalità renale e alla salute ossea.

Questi dati sono stati presentati in una sessione orale (sessione TUAB0102) durante l'ottava Conferenza IAS sulla patogenesi, la prevenzione e il trattamento dell'infezione da HIV tenutasi a Vancouver, Canada.

Tenofovir alafenamide (TAF) è un nuovo inibitore nucleotidico sperimentale della trascrittasi inversa (nucleotide reverse transcriptase inhibitor, NRTI) che ha dimostrato un'elevata efficacia antivirale a un dosaggio pari a meno di un decimo del dosaggio di Viread (tenofovir disoproxil fumarato, TDF), nonché parametri di laboratorio migliori in termini di funzionalità renale e salute ossea rispetto a TDF.

Il dosaggio ridotto di TAF in termini di milligrammi potrebbe consentire la formulazione di nuove combinazioni a dose fissa e regimi monocompressa per il trattamento delle infezioni da HIV, non fattibile con tenofovir.

Nel novembre del 2014 Gilead aveva depositato una domanda di approvazione di nuovo farmaco presso l'ente statunitense preposto al controllo dei farmaci e degli alimenti (Food and Drug Administration, FDA) per il regime E/C/F/TAF, il primo regime sperimentale monocompressa a somministrazione monogiornaliera a base di TAF.

“I risultati di questo studio dimostrano che il regime E/C/F/TAF potrebbe potenzialmente offrire dei netti vantaggi ai pazienti con infezione da HIV rispetto alle terapie a base di TDF preesistenti” ha affermato il Dottor Tony Mills, autore principale per lo studio di Fase 3, nonché Direttore medico presso il Southern California Men's Medical Group, e Vice professore di Medicina clinica presso la University of California, Los Angeles. “Si tratta del primo studio esteso che ha dimostrato che il passaggio al regime E/C/F/TAF da un regime a base di TDF può contribuire a migliorare i parametri relativi alla funzionalità renale e alla salute ossea dei pazienti.”

Nello studio in aperto, pazienti adulti virologicamente soppressi con una funzionalità renale normale trattati con uno di quattro diversi regimi a base di TDF per almeno 96 settimane sono stati randomizzati in un rapporto di 2:1 al trattamento con il regime E/C/F/TAF o con il regime a base di TDF da essi seguito all'epoca. I quattro regimi a base di TDF valutati nello studio includevano i seguenti regimi monocompressa e pluri-compressa: elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/TDF (Stribild); efavirenz/emtricitabina/TDF (Atripla®); atazanavir/ritonavir + emtricitabina/TDF (Truvada®) o atazanavir/cobicistat + Truvada.

Nei 1.436 pazienti che sono stati randomizzati nello studio (regime E/C/F/TAF, 959 pazienti; regime a base di TDF, 477 pazienti), i tassi di successo virologico alla Settimana 48 sono risultati più elevati nei pazienti trattati con il regime E/C/F/TAF (97 per cento rispetto a 93 per cento per tutti i regimi a base di TDF; differenza in termini percentuali: 4,1 per cento, IC 95 per cento: 1,6 per cento rispetto a 6,7 per cento). I tassi di fallimento virologico sono risultati simili in entrambi i bracci di trattamento (regime E/C/F/TAF, 1,0 per cento; regime a base di TDF, 1,3 per cento). La sicurezza generale è risultata simile in entrambi i bracci durante le 48 settimane di trattamento, con percentuali simili di pazienti in ciascun gruppo accusanti degli eventi avversi. Gli eventi avversi causanti l'interruzione del trattamento si sono manifestati con maggior frequenza nei pazienti trattati con un regime a base di TDF (regime E/C/F/TAF, 0,9 per cento; regime a base di TDF, 2,5 per cento). Tra gli eventi avversi segnalati con maggior frequenza compaiono: infezione delle vie respiratorie superiori, diarrea, rinofaringite e cefalea.

Alla settimana 48 si sono osservati dei miglioramenti statisticamente significativi rispetto al basale per quanto concerne la densità minerale ossea media in prossimità dell'anca e della spina dorsale nei pazienti rientranti nel gruppo E/C/F/TAF rispetto ai pazienti appartenenti al gruppo trattato con il regime a base di TDF (anca: E/C/F/TAF, 1,37 per cento; regime a base di TDF, -0,26 per cento; spina dorsale: regime E/C/F/TAF, 1,79 per cento; regime a base di TDF, -0,28 per cento ($p < 0,001$ per quanto riguarda le divergenze tra i gruppi alla settimana 48).

Rispetto ai pazienti trattati con i regimi a base di TDF, nei pazienti trattati con il regime E/C/F/TAF si sono inoltre osservati dei miglioramenti significativi degli esiti delle analisi ripetute per la valutazione della funzionalità renale. Alla settimana 48, nei pazienti che sono passati al regime E/C/F/TAF si è rilevata una variazione percentuale media rispetto al basale del rapporto urinario proteine/creatinina (UPCR) (-21 per cento rispetto a +10 per cento; $p < 0,001$); del rapporto urinario albumina/creatinina (UACR) (-18 per cento rispetto a +9 per cento; $p < 0,001$); del rapporto urinario proteina legante il retinolo e creatinina (-33 per cento rispetto a +18 per cento; $p < 0,001$) e del rapporto urinario beta-2 microglobulina/creatinina (-52 per cento rispetto a +19 per cento; $p < 0,001$). Non è stato segnalato nessun caso di sindrome di Fanconi nel braccio E/C/F/TAF, mentre nel braccio del regime a base di TDF ne è stato segnalato uno.

Oltre al regime E/C/F/TAF, Gilead ha depositato presso l'FDA una domanda di approvazione di nuovo farmaco per altri due farmaci anti-HIV a base di TAF: due dosi di un regime sperimentale combinato a dosaggio fisso di F/TAF (200/10 mg e 200/25 mg) per l'uso in combinazione con altri agenti antiretrovirali anti-HIV; e un regime sperimentale monocompressa a somministrazione monogiornaliera contenente emtricitabina (200 mg) e TAF di Gilead (25 mg) e rilpivirina (25 mg) di Janssen Sciences Ireland UC, una delle case farmaceutiche Janssen facenti parte di Johnson & Johnson, (R/F/TAF), per il trattamento di pazienti adulti e pazienti pediatriche di età pari o superiore ai 12 anni.

Un quarto regime sperimentale per il trattamento dell'infezione da HIV a base di TAF contenente il farmaco di Gilead TAF, emtricitabina e cobicistat, e il farmaco di Janssen darunavir (D/C/F/TAF) è attualmente in corso di sviluppo.

Il regime E/C/F/TAF e altri regimi a base di TAF sono prodotti sperimentali la cui sicurezza ed efficacia non sono state determinate.

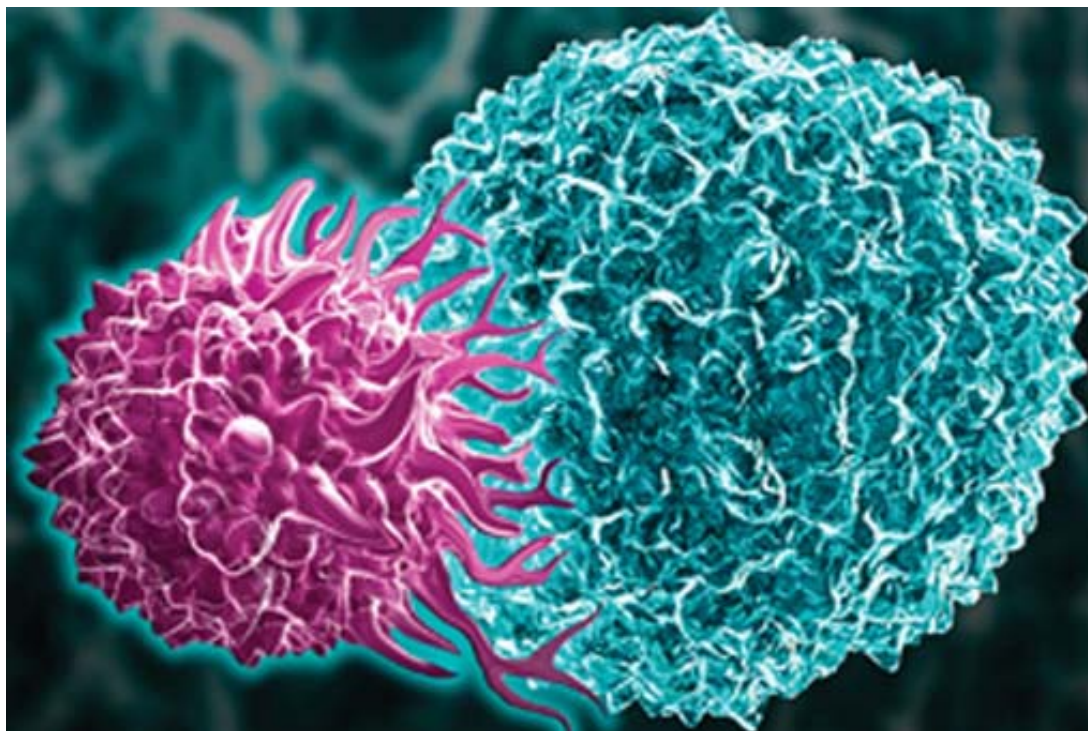
Informazioni sullo Studio 109

Lo Studio 109 è uno studio randomizzato, in aperto, multinazionale, con controllo attivo atto a valutare la non inferiorità di un regime combinato monocompressa contenente TAF come terapia sostitutiva rispetto al mantenimento di regimi combinati contenenti TDF in pazienti adulti HIV-1 positivi virologicamente soppressi (HIV-1 RNA). Nello studio sono stati randomizzati complessivamente 1.436 pazienti virologicamente soppressi con funzionalità renale normale. Le caratteristiche demografiche e generali dei due bracci di trattamento erano simili, eccezion fatta per l'origine etnica in quanto il gruppo E/C/F/TAF includeva una percentuale più elevata di

pazienti di origine etnica ispanica o latina (25,9 per cento, 248 pazienti) rispetto al braccio di trattamento TDF (17,2 per cento, 82 pazienti) ($p < 0,001$). La maggior parte dei pazienti era di sesso maschile (89,3 per cento) e l'età media era pari a 41 anni (gamma di valori: da 21 a 77 anni). La maggior parte era di etnia bianca (67,2 per cento) o nera (18,9 per cento).

[[chiudi questa finestra](#)]

Hiv, doravirina riduce la carica virale come efavirenz ma con meno eventi avversi neurologici



27 luglio 2015

Doravirina, un inibitore sperimentale non nucleosidico della trascrittasi inversa di HIV, riduce la carica virale come efavirenz, lo standard of care nella cura delle infezioni da HIV. Lo dimostrano i risultati di uno studio presentato in occasione dell'8° AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2015).

Nello studio, doravirina ha dimostrato inoltre di ridurre gli eventi avversi di tipo neurologico come i sogni disturbati, che si manifestano spesso nei pazienti in terapia con efavirenz.

Allo IAS 2015 sono stati riportati i risultati a 24 settimane di uno studio ancora in corso disegnato per confrontare due regimi con due backbone non nucleosidici. Lo studio avrà una durata complessiva di 96 settimane e ha arruolato 108 pazienti per ogni braccio di trattamento.

Più del 90% dei soggetti arruolati erano uomini di età media pari a 35 anni, il 79,6% dei quali di razza caucasica, di cui il 4,6% con sintomi associati all'AIDS. La conta media delle cellule CD4 positive era di circa 400 cellule/ μ L, ma il range andava da > 100 a > 1.100 cellule/ μ L.

Quando i ricercatori hanno applicato il saggio delle 40 copie/mL, il 72,2% dei pazienti assegnati al trattamento con doravirina in combinazione con emtricitabina/tenofovir ha raggiunto una carica virale inosservabile a 24 settimane di terapia rispetto al 73,1% dei pazienti trattati con una terapia a base di efavirenz. La differenza tra i due trattamenti non era statisticamente significativa.

Quando è stato utilizzato il saggio delle 200 copie/mL, l'88,9% dei pazienti trattati con doravirina ha raggiunto una carica virale inosservabile rispetto all'87,0% dei pazienti trattati con efavirenz. Anche in questo caso la differenza non era statisticamente significativa.

Circa il 4,6% dei pazienti trattati con doravirina rispetto all'11% dei pazienti trattati con efavirenz ha interrotto il trattamento. La conta delle cellule CD4 positive è aumentata in media di 146 cellule nel gruppo trattato con

efavirenz e di 154 cellule con doravirina.

Come spiegano gli autori, “nei pazienti con HIV, naive alla terapia, doravirina 100 mg once a die, in combinazione con tenofovir/emtricitabina ha dimostrato un'attività antiretrovirale e un effetto immunologico simile a efavirenz a 24 settimane”. “ nel nostro studio abbiamo dimostrato che il farmaco è sicuro e generalmente ben tollerato, con un numero significativamente inferiore di eventi avversi di tipo neurologico rispetto a efavirenz”.

La risposta virologica era simile con i due farmaci quando sono stati valutati gli outcome nei pazienti con una carica virale basale elevata (>100mila copie/mL) e nei soggetti con una carica virale inferiore.

Il 75,9% dei pazienti trattati con doravirina e l'84,3% dei pazienti trattati con efavirenza ha riportato eventi avversi. Eventi avversi gravi, l'interruzione della terapia dovuta agli eventi avversi e gli eventi avversi associati al farmaco erano più numerosi nei pazienti trattati con efavirenz, ma la differenza non era statisticamente significativa.

Per quanto riguarda gli eventi avversi di tipo neurologico, il 26,9% dei pazienti trattati con doravirina e il 46,3% dei controlli ha presentato vertigini e sogni disturbati.

Non sono state osservate differenze tra i due farmaci per quanto riguarda i livelli di glucosio a digiuno, i livelli di lipidi o degli enzimi epatici.

Efficacy and Safety of Doravirine 100mg QD vs Efavirenz 600mg QD With TDF/FTC in ART-Naive HIV-Infected Patients: Week 24 Results

[[chiudi questa finestra](#)]

Lunedì 27 LUGLIO 2015

Tagliare la sanità per ridurre le tasse, a chi conviene?

La spending review è cosa seria e buona se i risparmi restano nel sistema socio sanitario per cominciare a ridurre i ticket e per dare le prestazioni che oggi mancano a milioni di persone. Bisogna decidere se la tutela della salute è ancora un diritto oppure non lo più. Perché se è un diritto occorre spendere meglio, non tagliare

Tagliare la sanità per ridurre le tasse, questa la ricetta di Gutgeld, nominato da Renzi commissario per la revisione della spesa pubblica, annunciata con un'intervista a Repubblica. Forse non saranno 10 miliardi i tagli ma è una ricetta che annuncia temporali certi sul Ssn con la prossima legge di stabilità, e che sembra avere il sostegno del Ministro della Salute Lorenzin, ormai dimentica del Patto per la Salute.

Una ricetta vecchia e fallimentare e che rischia di produrre danni incalcolabili. Impoverire ulteriormente il servizio sanitario pubblico - e la filiera produttiva che lo accompagna - vuol dire rinunciare al diritto universale alla salute per tutti i cittadini e frenare sviluppo economico e occupazione, che dal sistema sanitario ricevono linfa e spinta.

E bisogna vedere se, e a chi, conviene lo scambio taglio la sanità per avere meno tasse, come ricorda giustamente [Cesare Fassari \(su questo giornale\)](#): "se per pagare meno Imu, dovessimo però arrivare a pagare farmaci e visite mediche di tasca nostra, siamo proprio certi del guadagno?".

L'Italia spende per la salute pubblica molto meno della media dei grandi Paesi europei e ha migliori condizioni di salute (Oecd, Eu 2015), questo è noto. Il problema non è spendere meno ma spendere meglio, combattendo inappropriately, corruzione e sprechi: su questo sfidiamo al confronto Governo e Regioni, finendola con annunci e slogan. Con Salviamo la Salute - la campagna di mobilitazione che sta attraversando l'Italia e che evidentemente deve continuare - avanziamo idee e proposte per innovare e migliorare il nostro sistema socio sanitario.

La spending review è cosa seria e buona se i risparmi restano nel sistema socio sanitario per cominciare a ridurre i ticket e per dare le prestazioni che oggi mancano a milioni di persone. Pensiamo alla prevenzione e ai nuovi servizi socio sanitari nel territorio (case della salute, cure primarie) indispensabili per fronteggiare "l'epidemia delle malattie croniche" (come la definisce l'Oms), pensiamo alle liste d'attesa, ai nuovi Lea, allo stato i cui versano i servizi per la salute mentale o quelli sulle dipendenze, alla sparizione dei consultori materno infantili. E la lista delle cose che mancano, e che si dovrebbero fare, può continuare. Bisogna decidere se la tutela della salute è ancora un diritto oppure non lo più. Perché se è un diritto occorre spendere meglio, non tagliare.

Stefano Cecconi

Responsabile Politiche per la Salute CGIL nazionale

Lavori fermi al Senato: mancava il numero legale

Pagheremo noi anche i tagli alla sanità

Renzi riduce i pagamenti alle Regioni che poi useranno le forbici. La rivolta dei governatori: «Così è a rischio il sistema»

Le Regioni fanno muro

E sono a nostre spese pure i tagli alla Sanità

di FRANCO BECHIS

Dopo avere strombazzato ai quattro venti i virtuosi tagli alla spesa pubblica e una rivoluzione nella Sanità, il governo di Matteo Renzi e la sua maggioranza hanno scoperto che si può tagliare tutto meno i week end lunghi così amati dai parlamentari. Così ieri, al debutto ufficiale della spending review sanitaria, a mancare sono stati soprattutto i senatori di maggioranza

che avrebbero dovuto votarla e parte di quelli di opposizione che vorrebbero bocciarla. Per ben quattro volte il Senato ha dovuto fermare i suoi lavori perché non era in numero legale. Sono saltati così per mancanza di senatori i voti preliminari al decreto legge sugli enti locali (le rituali pregiudiziali di costituzionalità), il cui testo dovrà essere cambiato da un maxi emendamento del governo che introdurrà fin dal 2015 la manovra sulla sanità. Si riproverà questa mattina alle nove, onorevoli vacanzieri permettendo. Ma il percorso è tutto in salita. Perché sui tagli alla Sanità non sembra esserci grande accordo con gli enti locali così come all'interno della maggioranza e perfino dell'esecutivo. Tutti allarmati per una sforbiciata da «10 miliardi» che deriva però più dal titolo che Repubblica ha dato a una intervista al commissario governativo alla spending review, Yoram Gutgeld, che ai reali contenuti della manovra dell'esecutivo. Secondo le bozze del maxi-emendamento al decreto enti locali in realtà gli interventi sulla sanità dovrebbero valere 2,3 miliardi di euro sia nel 2015 che nel 2016-2017, gran parte dei

quali (1,3 miliardi di euro) dovrebbero derivare da riduzione di acquisti di beni ospedalieri anche disdettando unilateralmente i contratti in corso nell'anno.

L'altra grande cifra della manovra dovrebbe riguardare la spesa farmaceutica (308 milioni), e assai meno l'operazione per disincentivare la cosiddetta medicina difensiva, quella praticata al di là delle reali necessità dei pazienti per evitare il rischio cause. Dovrebbero essere tagliati ricoveri e prescrizioni non necessarie. Non sarà il governo a fornirle nel dettaglio: ridurrà i pagamenti alle Regioni, e saranno poi loro a dovere ottenere i risparmi, che nel 2015 sarebbero pesantissimi, perché di fatto quei 2,3 miliardi dovrebbero essere ottenuti in soli quattro mesi: fra settembre e dicembre (quindi valgono tre volte tanto su base annua).

Ma quel solo titolo di *Repubblica* e le confuse anticipazioni di Gutgeld hanno subito provocato un braccio di ferro istituzionale. Ieri a tuonare erano ovviamente le Regioni, per bocca del veneto Luca Coletto, coordinatore di tutti gli assessori alla Sanità italiani: «Se si prosegue così», ha gridato, «salta il sistema della universalità della sanità pubblica e tutte le Regioni andranno in Piano di rientro. In sostanza, oltre alle tasse, gli italiani dovranno pagare le prestazioni sanitarie privatamente. Con una

nuova spending review non ci saranno più Regioni benchmark e Regioni no: tutti, oltre alle tasse, dovremo pagare le prestazioni sanitarie privatamente. Non siamo più in grado di poter sopportare tagli orizzontali». Più violento di Coletto solo il presidente della sua giunta, Luca Zaia: «Renzi vuole tagliare la sanità? Se non vuole uccidere le realtà virtuose come il Veneto, lo faccia esclusivamente e rigorosamente applicando i costi standard. È semplicemente scandaloso farlo attraverso qualsiasi altro mezzo».

Il testo definitivo dei tagli alla Sanità a dire il vero ancora non è noto: circola solo la bozza già comunicata alle Regioni (quella dei 2,3 miliardi sopra ricordata). Ma è accompagnata dal possibile rinforzo di numerose cifre di possibili tagli che si basano più su antiche leggende metropolitane che su dati reali. In ambienti governativi circolano fantasiosi studi che calcolerebbero addirittura in 10 miliardi di euro i costi della medicina difensiva. Cifre clamorose le ha in molte occasioni fatte conoscere lo stesso Gutgeld, sostenendo che dalla razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi potrebbero essere ottenuti fra i 7 e i 10 miliardi di euro a regime anche soltanto con



la riduzione a 34 delle centrali principali di fornitura. Gutgeld continua a citare come esempio di spreco nella sanità il caso della siringa che verrebbe pagata nelle regioni del Sud anche tre volte quel che viene speso nelle Regioni del Nord. È uno slogan che si perpetua ormai da tre lustri. Non è chiaro chi e quando ne abbia verificata la fondatezza (e sarebbe bene che prima di fare le manovre il commissario alla spending review sappia di che si parla), ma è certo che quell'assunto oggi sia del tutto falso: la siringa ha lo stesso prezzo (0,02 euro) nei bandi di gara per le forniture in Sicilia e in Lombardia, come con lievissime variazioni nel resto d'Italia. Mentre Gutgeld pensa di risparmiare centinaia di milioni di euro sulle forniture di siringhe, il [ministro della Salute Beatrice Lorenzin](#) circa due mesi fa aveva organizzato al suo ministero due giornate di studio e dibattito sulle bufale e le verità che circolavano a proposito della sanità italiana. Una delle bufale analizzata era proprio quella dei costi diversi della siringa fra Nord e Sud Italia.

Così all'interno dello stesso governo abbiamo l'uomo della spending review a dire che risparmierà tanto con le siringhe e il [ministro della Salute](#) che sorride spiegando come sia un grandissima sciocchezza. Ha ragione la [Lorenzin](#), che per altro si sta battendo anche per fare restare dentro la Sanità gli eventuali risparmi che si attendono con la manovra: il sistema ha bisogno infatti di risorse aggiuntive per potere fornire a tutti gli italiani i nuovi costosissimi medicinali arrivati sul mercato (primo di tutti quello per sconfiggere l'epatite C).

I TAGLI ALLA SANITA'

10 miliardi: l'obiettivo del governo è recuperare 10 miliardi dalla sanità

Come?

- A** Rinegoziazione dei contratti di acquisto di beni e servizi
- B** Rafforzando la medicina territoriale
- C** Razionalizzando la spesa per la medicina difensiva che costa 13 miliardi l'anno
- D** La chiusura o la riconversione di alcuni ospedali

P&G/L



Appuntamenti

Entro il 19 agosto il decreto enti locali con le misure sanitarie dovrà essere convertito in legge. Ieri era in Aula, poi dovrà passare alla Camera

Tagli alla sanità per 10 miliardi I medici «pagheranno» le ricette di troppo

Della Pasqua → a pagina 13

Troppe ricette? Stipendi tagliati ai medici

Chi supera il tetto delle analisi consentite subirà riduzioni a fine mese Saranno soppresse 28 milioni di prestazioni. Verso la fiducia sul decreto

■ Sanità pubblica sempre più povera. Renzi usa la più classica delle ricette per tagliare la spesa. E per accelerare i tempi ha intenzione anche di procedere con la fiducia. Ieri nell'Aula del Senato è mancato per la quarta volta il numero legale. Oggi un'altra riunione e il governo di sicuro metterà la fiducia. Poi il testo passerà alla Camera. Il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** non ha battuto ciglio di fronte a un piano che riduce di 2,3 miliardi nel 2015 la spesa del settore e di altrettanti per i prossimi due anni. È una «razionalizzazione» della spesa, ha detto. Ma i cittadini saranno colpiti in modo importante. Saranno ridotte le prestazioni specialistiche (visite, esami strumentali ed esami di laboratorio) non necessarie. Un decreto del **ministero della Salute** indicherà situazioni e patologie dove analisi e approfondimenti sono necessari. Gli esami fuori lista si pagheranno di tasca propria. Ci sarà una stretta sui medici che per evitare vertenze giudiziarie, elargiscono con facilità le analisi. Da oggi chi sbaglia avrà un taglio allo stipendio. Ogni anno vengono erogate circa 200 milioni di prestazioni. L'obiettivo è sopprimerne 28 milioni l'anno.

I tecnici della Salute hanno già individuato alcune analisi da ridimensionare. Troppe risonanze magnetiche alla colonna vertebrale per un semplice mal di schiena, così come al ginocchio dopo i 65 anni; ma anche sprechi per l'acquisto dei costosi kit che servono per gli esami di laboratorio che incidono in modo pesante sui bilanci delle Asl e che poi scadono e restano inutilizzati. La black list sarebbe di fatto già scritta e dovrebbe servire a mettere un freno alla cosiddetta medicina difensiva.

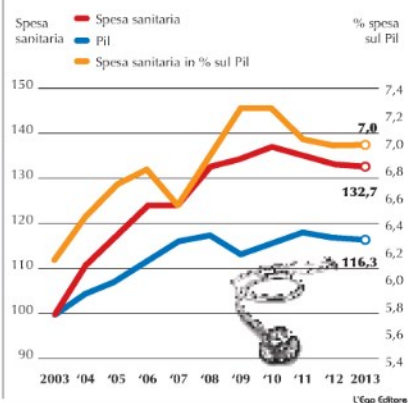
L.D.P.

Gli sprechi della sanità italiana



Fonte: Elaborazione Ufficio Studi Confindustria su dati Istat

Dinamica della Spesa sanitaria e del Pil Anni 2003-2013, indice 2003=100



In vista anche un taglio dei ricoveri

Il nuovo regime degli esami senza rischi specifici si paga

15	6%	200	1,5
per cento	ricoveri	analisi	miliardi
Il calo stimato di prestazioni a carico della sanità con il nuovo sistema	inutili Un milione e mezzo di posti-letto impiegati dove basta il day hospital	nel mirino Quelle per le quali potrebbe scattare l'operazione risparmio	La cifra che il governo punta a risparmiare tagliando i ricoveri inutili

PAOLO RUSSO
ROMA

Le analisi per misurare colesterolo e trigliceridi? A pagamento se le ripeti prima di 5 anni senza che ci siano fattori di rischio specifici. Come problemi circolatori gravi o una colesterolemia che viaggia verso i 300. Tac e risonanze non più mutuabili per un semplice mal di schiena. E poi stop ai costosissimi test genetici prescritti sempre più a piene mani. Lo Stato li rimborserà solo in caso venga prima diagnosticata una specifica malattia ereditaria. Sono circa 200 gli accertamenti diagnostici e le analisi cliniche che da settembre rischiano di diventare a pagamento e di provocare tagli agli stipendi dei medici se prescritte in modo "inappropriato", ossia quando non servono. Al **ministero della Salute** stanno finendo di mettere a punto il decreto che ai primi di settembre dovrà porre un freno agli accertamenti inutili, così come previsto dall'intesa Stato-Regioni, recepita negli emendamenti al decreto sulla Pubblica amministrazione in via di approvazione.

Nel mirino sono finite soprattutto le prestazioni più costose. Ad esempio una Tac alla colonna con mezzo di contrasto resterà a carico del servizio sanitario solo in caso di tumore o

di un sospetto in tal senso, oppure se ci sono complicanze post-chirurgiche. Idem per le Tac agli arti superiori, mentre una risonanza alla colonna con liquido di contrasto sarà mutuabile solo se prescritta per accertamenti oncologici o per complicanze post-traumatiche. Per vedere se abbiamo un'ernietta no. In tutto, calcolano i tecnici della **Lorenzin**, alla fine dovrebbero essere depennate circa un 15% delle prestazioni a carico dello Stato. Nella bozza di decreto per ora non se ne fa cenno, ma potrebbe scattare anche uno stop ad analisi e accertamenti doppiati, eseguiti prima di 12 mesi. Magari perché il medico di famiglia prescrive quel che il pronto soccorso dell'ospedale che ha già eseguito un mese prima senza comunicarlo a nessuno.

Nel mirino finiranno anche i ricoveri per la riabilitazione. Le regioni potranno rimborsarli "a tariffa" ai centri che li eseguono solo se c'è una correlazione clinica con il ricovero precedente, oppure in caso si riaccutizzi una malattia importante, come la sclerosi multipla. In tutto la stretta sulle prestazioni "inappropriate", che ha già fatto salire sulla barricata i medici, dovrebbe portare a 186 milioni di risparmio il primo anno. Ma la cifra è destinata a lievitare e di molto se nella spending review

finiranno anche tutta quell'infinità di ricoveri ospedalieri, di uno o due giorni, che costano almeno 500 euro al dì per cose che potrebbero tranquillamente essere risolte in ambulatorio o con una più economica sosta diurna in day hospital. La lista c'è già ed è composta di ben 108 ricoveri "ad alto indice di inappropriatazza".

Cose come gastroenteriti ed esofagiti, decompressione del tunnel carpale, piuttosto che interventi al cristallino o ad ernie non inguinali, che in assenza di complicazioni si risolvono dalla sera alla mattina. Secondo uno studio condotto dal Ceis dell'Università Tor Vergata di Roma oltre il 6% dei ricoveri, più di un milione e mezzo, sarebbero inutili. Uno spreco valutato pari a un miliardo e mezzo l'anno, che mister forbici, Yoram Gutgeld, potrebbe decidere di recuperare semplicemente non finanziando più per quota parte gli ospedali che ricoverano quando non serve.



Il menu dei risparmi per la spesa sanitaria: 7 miliardi entro il 2017

Multe sullo stipendio per i medici troppo generosi con le analisi

1 Beni e servizi Contratti decurtati del 5% L'obiettivo è risparmiare 1338 milioni quest'anno, 1587 nel 2016 e 1717 nel 2017. Dalla voce «dispositivi medici» arriveranno rispettivamente 550, 792 e 918 milioni	2 Specialistica Via le prestazioni «inutili» Ogni anno vengono erogate 177 milioni di prestazioni ambulatoriali specialistiche (47 milioni nelle strutture private). Si pensa di eliminarne circa 22 milioni perché inappropriate.	3 Spesa farmaci Blocco aumento dei fondi Il mancato incremento del livello di finanziamento della spesa farmaceutica si tradurrà in risparmi per circa 308 milioni di euro l'anno. L'Agenzia del farmaco ricontratterà i prezzi.	4 Ospedali Razionalizzazione della rete La riorganizzazione della rete assistenziale sia pubblica sia privata produrrà risparmi per 130 milioni di euro nel 2015 (71 dal 2016). Altri risparmi da convenzioni e spese personale.
--	--	--	--

PAOLO BARONI
ROMA

Oggi il governo metterà la fiducia sul decreto enti locali blindando così anche la manovra sulla sanità, che vale più di 2,3 miliardi l'anno. La strada però si presenta un salita: ieri in Senato il numero legale è mancato per ben 4 volte costringendo la presidenza ad aggiornare la seduta a oggi.

Maggioranza in affanno

Praticamente vuoti i banchi dell'opposizione, a pesare sono stati i vistosi i buchi tra le fila della maggioranza: nel Pd erano presenti in 95 su 113, 19 su 36 nell'Ncd e 6 su 19 nel gruppo per le Autonomie. L'obiettivo del governo è quello di votare la fiducia entro stasera per poi passare la palla alla Camera e convertirlo prima della sua scadenza (18 agosto). Non è esclusa una seduta in notturna. «Se non vengono a lavorare di lunedì pomeriggio - ha osservato il sottosegretario Luciano Pizzetti visibilmente irritato - vuol dire che lavoreranno martedì sera...».

Il decreto enti locali era nato per sistemare una serie di partite economiche che interessavano i comuni (mobilità del personale delle Province e polizia provinciale, allentamento dei vincoli del patto di stabilità interno, 2 miliardi in più per pagare gli arretrati della Pa, 530 milioni di compensazioni Imu-Tasi. Poi al Senato il governo l'ha infarcito di altre misure, tant'è che in molti dall'opposizione ieri ne contesta-

vano la costituzionalità. Si va dalle norme sugli incarichi a tempo per far funzionare le agenzie fiscali a nuovi fondi per le città metropolitane di Roma e Torino, a interventi per la valorizzazione Pompei.

Il menù sanità

Il pacchetto più corposo di novità riguarda però la sanità. In tutto nove commi che larga in parte danno attuazione al Patto della salute siglato con le Regioni pochi giorni fa e che servono a dare una spinta aggiuntiva alla manovra di riduzione degli sprechi. In totale tra il 2015 ed il 2017 il governo conta di recuperare oltre 7 miliardi di euro: 2.352 milioni sul 2015, 2.301 nel 2016 e 2.431 nel 2017. La parte più importante di questi risparmi arriverà dalla rinegoziazione dei contratti relativi a beni e servizi per i quali si immagina un taglio del 5% senza peraltro rivedere la durata dei contratti. Risparmi che però, secondo il Servizio Bilancio del Senato, difficilmente potranno essere conseguiti a pieno quest'anno a causa del poco tempo a disposizione per negoziare.

Rischio multe per i medici

La legge interverrà anche sulle prestazioni relative all'assistenza specialistica ambulatoriale (177 milioni l'anno), individuando precise condizioni per la loro erogazione e stabilendo che i medici che non rispetteranno le nuove indicazioni si vedranno decurtato parte dello stipendio. Con queste norme il governo conta di

risparmiare circa 195 milioni di euro. I tagli alla spesa farmaceutica comportano risparmi per 308 milioni all'anno. Mentre intervenendo sui regolamenti ospedalieri se ne recuperano altri 210: 12 i per effetto dell'azzeramento dei ricoveri nelle strutture private con meno di 40 posti letto, 68 dalla riduzione della spesa di personale e 130 in seguito alla riorganizzazione della rete assistenziale.

Regioni in allarme

Mentre il [ministro della Salute Lorenzin](#) continua a ripetere che questi risparmi continueranno a restare all'interno del sistema sanitario per consentire nuovi investimenti, dalle Regioni ieri è arrivato un altolà rispetto ad ogni ipotesi di ulteriori tagli. «Se si prosegue così salta il sistema della universalità della sanità pubblica e tutte le Regioni andranno in Piano di rientro. In sostanza, oltre alle tasse, gli italiani dovranno pagare le prestazioni privatamente» ha denunciato ieri il coordinatore degli assessori regionali alla Sanità il veneto Luca Coletto. Che a questo punto mette in discussione anche il Patto appena siglato.



Dir. Resp.: Mario Calabresi

Oggi il governo mette la fiducia

■ Non è facile la strada del decreto enti locali che contiene anche i risparmi sulla sanità: ieri al Senato è mancato per 4 volte il numero legale. Seduta sospesa, la discussione riprende questa mattina

■ Il decreto è delicato per il contenuto e perché i tempi sono strettissimi: va convertito in legge entro il 18 agosto, e deve ancora passare al vaglio della Camera, passaggio che potrebbe diventare lungo

■ Per scongiurare qualunque velleità di inserire norme dell'ultimo momento, il governo nella giornata di oggi porrà la questione di fiducia, blindando nei fatti il contenuto del decreto

■ Le Regioni sono in trincea: si oppongono a qualunque ipotesi di tagli che vada oltre l'intesa siglata nei giorni scorsi con lo Stato. Ma la mannaia della spending review potrebbe non fermarsi

I conti

Ecco la spending sanitaria Dai costi standard al taglio delle prescrizioni

Nel 2015 previsti risparmi per 2,3 miliardi, graduale aumento dal 2016

NICOLA PINI
ROMA

L'obiettivo è risparmiare 10 miliardi di euro in 3-4 anni tagliando sprechi e inefficienze. Calcolando che oggi il Fondo sanitario nazionale assorbe circa 110 miliardi si tratta di una riduzione di quasi il 10%: non poco quindi, considerando che i bilanci delle Asl già da qualche anno sono sotto esame e che l'età media della popolazione tende ad aumentare, con un inevitabile maggior ricorso alle cure mediche. Inoltre sulla fattibilità della *spending review* sanitaria va sempre tenuto conto che oltre un terzo della spesa è relativo agli stipendi, i quali oltretutto, con lo sblocco dei contratti pubblici decretato dalla Corte costituzionale, dal 2016 potrebbero tornare a crescere. Al netto di queste difficoltà, il patto per la salute siglato nei mesi scorsi tra Regioni e governo punta recuperare risorse dall'applicazione dei costi standard per le prestazioni, dalla riduzione dei centri per gli acquisti e dalla rinegoziazione dei contratti, oltre che da una riduzione di posti letto e degenze e dall'introduzione di referti digitali e fascicoli sanitari elettronici. Il taglio da 2,3 miliardi del Fondo sanitario non è una novità di ieri, era già previsto dalla legge di Stabilità 2015. Non è chiaro se l'emendamento presentato ora dal governo al decreto legge sugli enti locali sia dovuto al fatto

che i risparmi non stanno dando i frutti attesi o se l'obiettivo è implementare il dossier in vista del 2016. L'anno prossimo infatti il governo dovrà ridurre di almeno 10 miliardi la spesa

pubblica per evitare il rincaro di Iva e accise contenuto nelle clausole di salvaguardia. E la sanità, come ha chiarito nei giorni scorsi il commissario alla spending review Gutgeld, dovrà dare un suo contributo, che sarà gradualmente crescente nei prossimi anni e senza tagli lineari.

Uno dei capitoli nel mirino è quello delle prescrizioni facili, cioè dei troppi esami di laboratorio, spesso ordinati dai medici anche a scopo "difensivo", per evitare eventuali cause da parte dei pazienti. Secondo i tecnici del [ministero della Salute](#) si tratta di un partita da 13 miliardi di euro l'anno. Ad esempio si fanno troppe risonanze magnetiche alla colonna vertebrale per un semplice mal di schiena. Poi ci sono gli sprechi per l'acquisto dei costosi kit per gli esami di laboratorio che poi scadono e restano inutilizzati. Un decreto del ministro previsto nelle prossime settimane detterà le «condizioni di erogabilità» delle prestazioni, cercando di limitare quelle inappropriate. Al di fuori delle indicazioni definite, le prescrizioni non sarebbero più a carico del Servizio sanitario ma dovrebbero essere pagate direttamente dai cittadini. Mentre il medico che non le rispetta potrebbe essere sanzionato. Un intervento delicato perché va a interferire con le decisioni diagnostiche e terapeutiche del professionista.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Roberto Napoletano

FIDUCIA SUL DL ENTI LOCALI 77

Sanità, tagli in manovra
 È scontro con le regioni

Roberto Turno e Gianni Trovati • pagina 5

Sanità, in manovra i nuovi tagli

Ma è scontro al Senato sui 2,3 miliardi di risparmi nel dl Enti locali: manca il numero legale, oggi la fiducia

Gli altri risparmi in legge di stabilità

Nel mirino analisi, tac e risonanze per banali malanni, 200 prestazioni specialistiche e 100 tipi di ricoveri evitabili

Renzi

«Tagliamo sprechi e dopponi, non i servizi ai cittadini»

Lorenzin: razionalizzazione contro la spesa improduttiva

L'ALLARME DI COLETTTO

Il coordinatore degli assessori regionali e assessore in Veneto: «Così salta l'universalità, i cittadini pagheranno le prestazioni privatamente»

Roberto Turno

ROMA

■ Basta con l'abbuffata di analisi, tac e risonanze magnetiche, visite specialistiche a go-go anche per banali malanni. Altolà a quasi 200 prestazioni specialistiche che replicate ripetutamente diventano uno spreco miliardario. Stop a più di cento tipologie di ricoveri evitabili. Sale il conto dei risparmi che la sanità dovrà portare sull'altare della tenuta dei conti pubblici e del taglio delle tasse. Un conto che arriverà almeno a una decina di miliardi in cinque anni. Con nuove misure che confluiranno anche nella legge di stabilità 2016. E che intanto parte da una dote sicura di tagli da 2,35 mld per tre anni di seguito previsti dall'Intesa tra Governo e regioni, inserita nel Dl 78 sugli enti locali che ieri in Senato ha subito una battuta d'arresto. Per quattro volte in aula è mancato il numero legale e si riprenderà questa mattina col Governo che ha già annunciato di voler chiedere il voto di fiducia. Un passo necessario per blindare il decreto (che deve passare alla Camera) e incassarlo entro lo stop estivo del 7 agosto, pena la decadenza. Ma anche segno dello scontro che sta aprendosi sui tagli alla sanità.

«Tagliamo sprechi e dopponi, non tocchiamo la carne viva dei cittadini», è il messaggio di Renzi. Che difende i contenuti del decreto su cui oggi chiederà la fiducia. Anche se dalle regioni a trazione leghista, a parti-

re dal Veneto, si agita lo spettro della fine della sanità pubblica per i nuovi maxi tagli in arrivo. E i 5 Stelle accusano il premier («fa i tagli alla sanità d'estate come i ladri»). Con i sindacati, Cgil e Cisl in testa, che stanno in guardia e dicono no a uno scambio meno tasse-meno sanità. E i medici che temono la Caporetto del Ssn.

Sarà insomma un'estate e una ripresa autunnale in cui ancora una volta è la sanità a fare dormire sonni agitati a tanti. Agli italiani per primi. Sebbene la ministra Beatrice Lorenzin assicuri che non si toccheranno le prestazioni necessarie ma sprechi e interventi inutili. «Sarà una razionalizzazione contro la spesa improduttiva e per la qualità dei servizi, per salvare la sostenibilità del Ssn», giura. Tanto che i risparmi, afferma, resteranno nel Ssn. Sempreché l'Economia sia d'accordo.

La prossima manovra, ma non solo, sarà la cartina di tornasole. Ieri, intanto, è iniziato il tavolo sui tagli alla sanità in vista della legge di Stabilità. Magià a settembre vedrà la luce il decreto che indicherà le prestazioni di specialistica ambulatoriale inappropriate e le condizioni di erogabilità: quelle escluse le pagheranno gli assistiti e i medici che non rispetteranno le regole saranno sanzionati in busta paga. Ma questo fa parte del Dl 78. Il resto, molto ancora, verrà dopo. Con la manovra appunto, dove il "metodo appropriatezza" (e visite ed esami non più gratis) sarà esteso a largo raggio all'universo della sanità pubblica. Tutti gli esami, tutte le prestazioni. Ospedali compresi, che del pareggio di bilancio dovranno farsene una religione.

Tutto questo, mentre in via XX Settembre non viene però dato per

scontato che i risparmi resteranno dentro il Ssn. Qualcuno nelle regioni, e non solo, sospetta ad esempio che i 1,3 mld per il 2016 (3 mld in più del 2015) scenderanno ancora: di 3 mld? Mentre ancora non è chiaro quanto, nei 10 mld di risparmi ipotizzati in 5 anni, rientrino i 7 mld tagliati col decreto 78. Insomma, la partita è apertissima. Politicamente e socialmente scottante.

Nei tagli a visite, analisi, prestazioni il calmierista sarà dato anche dalla gravità effettiva e urgenza della malattia, da un tetto annuale, da parametri pro-capite che in Italia sono una giostra impazzita tra regioni, da controlli sulle prescrizioni. Saranno previste condizioni di erogabilità come per le note Aifa sui farmaci, verranno vietate analisi "reflex" (35 casi nel mirino) che potranno essere concesse gratis solo se il primo esame ne dimostra la necessità. Per oltre 160 esami di specialistica ambulatoriale ci saranno controlli per accertare che l'esame prescritto corrisponda alla diagnosi. Mentre per combattere la spesa provocata dalla medicina difensiva, per i medici arriveranno nuove regole sulla responsabilità.

Non tutto facile, non tutto scontato e automatico. Non dappertutto possibile. Ma c'è da grattare ancora dal fondo del barile della sanità pubblica. E la lotta agli sprechi richiederà nervi saldi per tutti e una partecipazione di tutte le categorie del Ssn. Anche perché altre novità potrebbero spuntare dal cilindro della prossima legge di Stabilità: l'apertura di un'unità, contanto di benefit fiscali, alla sanità integrativa. Il menu in parte c'è. Ma il pranzo deve ancora essere servito. E confezionato. Questione di pochi mesi.

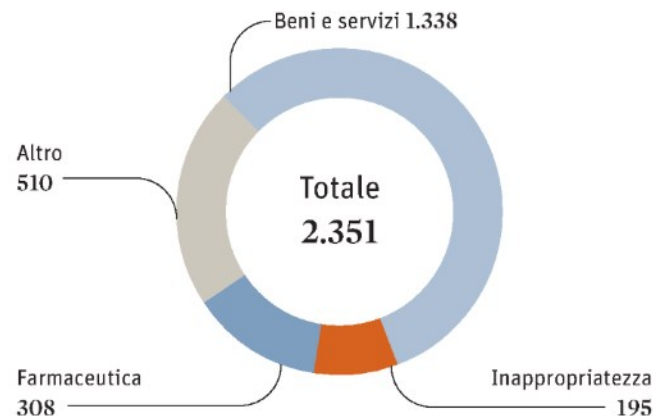
© RIPRODUZIONE RISERVATA



La spesa sanitaria al vaglio del Governo

IL TAGLIO PREVISTO NEL DL ENTI LOCALI

Anno 2015, dati in milioni di euro



GLI ALTRI INTERVENTI ALLO STUDIO

STABILITÀ

Al vaglio dei tavoli tecnici che si sono aperti al ministero dell'Economia e a quello della Salute altri interventi si revisione della spesa sanitaria. Ancora non è chiaro quanto dei 10 miliardi di tagli ipotizzati in 5 anni sia compreso dei 7 miliardi in tre anni del Dl enti locali.

BUDGET 2016

113 miliardi

LE ATTIVITÀ

Allo studio sono oltre 200 prestazioni specialistiche oggi erogate dal Sistema sanitario nazionale e sulle quali si vuole introdurre un maggiore controllo. Verranno vietate anche le analisi "reflex" (35 casi nel mirino) che potranno essere concesse in futuro solo in caso di provata necessità.

I CONTROLLI

200 prestazioni

Sanità, caos sul decreto salta il numero legale Il no di Regioni e medici

Oggi possibile fiducia sul provvedimento con il tetto a esami e analisi. Boschi: "Nessun problema"

Il governo punta a tagliare
il 15 per cento delle
prescrizioni mediche

Medici ospedalieri e di
famiglia. "Responsabilità
scaricate su di noi"

Il coordinatore degli
assessori: così salta
l'universalità del sistema

Nel mirino del governo
soprattutto Tac e
risonanze magnetiche

“
I risparmi di queste
misure devono restare
nell'ambito del sistema
sanitario nazionale
per contratti e ricerca

“ IL MINISTRO
BEATRICE LORENZIN

ROBERTO PETRINI

ROMA. E' caos sui tagli alla sanità. Dopo il pressing del governo attraverso l'annuncio di un intervento su prestazioni e ospedali nell'ambito della spending review ieri il decreto che contiene il nuovo Patto per la salute, firmato dalle Regioni ai primi di luglio, ha subito una brusca battuta d'arresto. L'aula del Senato per ben quattro volte non è riuscita a raggiungere il numero legale necessario a dar corso all'esame del provvedimento (che prevede tagli e risparmi per 2,3 miliardi nel 2015 e altrettanti nel 2016) e tutto è stato rinviato ad oggi quando con tutta probabilità l'esecutivo porrà la fiducia. Irritazione della ministra per i Rapporti con il Parlamento Maria Elena Boschi: «Alcuni senatori della maggioranza hanno sottovalutato l'importanza di garan-

tire la presenza in aula, ma non è un problema di maggioranza», ha dichiarato in serata dopo una giornata segnata dalle polemiche. Le defezioni comunque ci sono state: i conteggi di fine serata dicono che erano presenti 19 senatori di Ncd su 36, quindi circa la metà, e 6 senatori su 19 per il gruppo delle Autonomie. Per il Pd erano invece presenti 95 senatori su 113, circa l'85 per cento.

Il piano contenuto nel Patto della salute, oltre a prevedere risparmi su beni e servizi per 1,3 miliardi, dispone un taglio delle prestazioni «inappropriate», probabilmente del 15 per cento, con l'obiettivo di contrastare la cosiddetta «medicina difensiva»: medici che, per mettersi al riparo da eventuali grane giudiziarie, concedono analisi e visite specialistiche con troppa facilità. Per questo motivo dopo l'approvazione del decreto, entro un mese, si attende un provvedimento della ministra per la Salute Beatrice Lorenzin, che rivedrà l'elenco delle prestazioni condizionandole a criteri più stringenti quanto ad età, situazione del paziente, numero di accertamenti. Chi non risponde ai criteri dovrà pagare di tasca propria. Sebbene una indagine del ministero della Salute abbia rilevato che 77,9 per cento dei medici dichiara di aver praticato la «medi-

cina difensiva», la stretta (che prevede anche tagli di stipendio ai medici inadempienti) mette in discussione la deontologia dei sanitari e scatena polemiche. Senza contare che non tutti i pazienti sono ipocondriaci e lo stato di ansia di chi teme di avere una malattia deve comunque avere una risposta.

Così nel mondo dei medici di famiglia e ospedalieri ieri si è scatenata una vera e propria rivolta: «La verità è che si tratta di bluff da parte delle Regioni. Si sta scaricando sui medici la responsabilità ma noi la rispettiamo al mittente. Adesso si svilupperà un'altra medicina difensiva: il medico prescriverà sempre le stesse cose ma in più dovrà dire al paziente: questo dovrai pagarlo tu», ha osservato Giacomo Milillo, segretario della Federazione italiana medici di famiglia. Sul piede di guerra anche i medici ospedalieri: «Le parole del commissario Gutgel nell'intervista a Repubblica, e più ancora l'emanamento del governo che traduce in legge un taglio lineare del fondo sanitario nazionale testimoniano che ancora una volta la sanità è un bancomat. Per pagare meno Imu rischiamo di pagare più farmaci e visite mediche», ha detto il segretario di Anao-Assomed Costantino Troise.

Anche le Regioni, in prima li-



nea a dover render conto delle prestazioni ai cittadini, cominciano ad alzare il tiro. Duro il coordinatore degli assessori regionali alla Sanità Luca Coletto: «Se si prosegue così, salta il sistema della universalità della sanità pubblica. In sostanza — avverte — oltre alle tasse, gli italiani dovranno pagare le prestazioni sanitarie privatamente». Scatenate opposizioni: per Sel le misure messe in campo dal governo sono «irricevibili», mentre M5S parla di diritto alla salute «optional».

Per i cittadini l'attesa riguarda l'elenco delle prestazioni che rischiano di diventare a pagamento. Solo il decreto dirà quali, ma già un'idea si può avere sulla base dell'elenco delle dieci prestazioni più gettonate e costose realizzato dalla relazione Cottarelli dell'ottobre del 2014. Le prestazioni nel mirino, esaminate nel biennio 2012-2013, sono soprattutto Tac e risonanze magnetiche: il segnale di allarme, dal punto di vista dei costi, viene posto sulle risonanze agli arti probabilmente più esposte alle fratture (polso, spalla, braccio, ginocchio, femore). A rischio di eccesso di esplorazione, sempre secondo il lavoro della commissione, anche le risonanze della colonna (cervicale, lombosacrale e toracica) che potrebbero essere sovrapprescritte. Nella classifica degli esami nel mirino ci sono tuttavia anche accertamenti assai più seri: risonanze del cervello e del tronco encefalico, tomoscintigrafia celebrale e globale corporea. Vedere in che circostanze la richiesta del paziente derivi da uno stato di ansia e da ipocondria che potrà essere soddisfatto solo a pagamento oppure si tratti di una vera necessità, sarà compito del prossimo decreto **Lorenzin**.

La sorte del provvedimento enti locali, un decreto super omnibus, sembra tuttavia segnata: con la fiducia sarà approvato e diventerà legge dopo il passaggio alla Camera entro l'8 agosto. Nel provvedimento ci sono misure cruciali: come il rinvio ad ottobre della clausola di salvaguardia sull'aumento della benzina, la sanatoria per i dirigenti dell'Agenzia delle entrate e 530 milioni per i Comuni (ex Tasi 2014).

ORIPRODUZIONE RISERVATA



1 ACQUISTI
La prima misura sanitaria del decreto è la rinegoziazione dei contratti per l'acquisto di beni e servizi e di dispositivi medici, con la centrale unica degli acquisti. Da questa misura si attendono risparmi di quasi 800 milioni per ciascuno dei tre anni

2 TAGLIO PRESCRIZIONI
Il sistema sanitario pagherà solo le prescrizioni diagnostiche "appropriate". Quelle inappropriate saranno a carico degli utenti e i medici che le prescrivono lo stesso vedranno il loro stipendio decurtato

3 GRIGLIA IN 30 GIORNI
Entro trenta giorni il ministero della Salute, sentita la conferenza stato-Regioni, dovrà fare un decreto con i parametri di appropriatezza. Che andranno trovati anche per i ricoveri di riabilitazione

4 PICCOLE CASE DI CURA
Viene previsto sempre dallo stesso decreto in discussione al Senato l'azzeramento dei ricoveri nelle case di cura convenzionate che abbiano meno di 40 posti letto

5 OSPEDALI IN ROSSO
Saranno presi provvedimenti nei confronti degli ospedali che non si risaneranno entro un certo periodo. Ridotta anche la spesa per il personale a seguito del taglio della rete ospedaliera e del tasso di ospedalizzazione

6 OSSERVATORIO PREZZI
Sarà costituito presso il ministero della Salute un apposito osservatorio sui prezzi dei dispositivi medici (apparecchi, impianti, sostanze), il cui costo non potrà comunque superare il tetto del 4,4 per cento

Le assenze bloccano il decreto sui tagli

Al Senato per quattro volte niente numero legale: manca metà del gruppo Ncd, qualche vuoto anche nel Pd
Il governo rinvia a oggi (con la fiducia) il voto su enti locali e sanità. Il sottosegretario Pizzetti: figura pessima

ROMA Tutta colpa del lunedì di mezz'estate oppure un avvertimento al governo? Ieri il Senato ha dovuto sospendere i lavori perché per quattro volte è mancato il numero legale, la soglia minima di presenze che assicura la regolarità della seduta. È stata rinviata a oggi, quindi, la discussione sul decreto legge enti locali, che contiene anche il taglio da 2,3 miliardi di euro alla sanità. Il ministro per le Riforme Maria Elena Boschi minimizza: «Alcuni senatori hanno sottovalutato l'importanza di garantire la presenza in Aula: non è un problema di maggioranza ma di presenza il lunedì». Non un segnale politico, dunque.

Nel testo del decreto, in effetti, non ci sono novità. E il taglio da 2,3 miliardi alle spese sanitarie viene da lontano: già approvato la settimana scorsa in commissione, aveva avuto il via libera della Conferenza Stato-Regioni all'inizio di luglio dopo una prima intesa informale addirittura a febbraio. Ma proprio in questi giorni si è riaperto il dibattito sulla *spending review*, la revisione della spesa pubblica che riguarda

anche la sanità. Proprio sicuro che non ci sia qualche mal di pancia?

Il partito che ha pesato di più nel rinvio è Ncd (19 presenze su 36), proprio quello del **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** e anche di Antonio Azzollini, l'ex presidente della commissione Bilancio, per il quale domani il Senato voterà sulla richiesta di arresti domiciliari: «Ma quale mal di pancia! — dice il capogruppo Renato Schifani — c'è stata una sottovalutazione. È la prima volta che il Senato si riunisce il lunedì pomeriggio. Diciamo che l'esperimento non è riuscito. E sarà meglio non ripeterlo». Per il Pd c'erano 95 senatori su 113: percentuale quasi fisiologica ma si sa che a Palazzo Madama basta poco per finire sotto. La linea è la stessa: «Nessun segnale politico — dice pure il capogruppo Luigi Zanda — solo una certa trascuratezza che va comunque condannata». In Aula per il governo c'era il sottosegretario alle Riforme Luciano Pizzetti, che si sfoga al telefono: «Abbiamo fatto una figura pessima, balorda. Così si alimenta l'antipoliti-

ca, possibile che non lo capiscano?».

Oggi il dibattito riprende a tappe forzate, con la fiducia che del resto il governo avrebbe messo lo stesso. La vera partita si giocherà dopo, con le norme attuative del **ministero della Sanità** che ha già individuato alcune voci da mettere sotto osservazione, come le risonanze magnetiche prescritte per un semplice mal di schiena, oppure al ginocchio dopo i 65 anni. Si farà in fretta perché i 2,3 miliardi devono essere risparmiati tutti nel 2015, o meglio in quei pochi mesi che restano alla fine del 2015. Non a caso il servizio Bilancio del Senato ha già sottolineato le «difficoltà di conseguire un risparmio in corso d'anno».

Per il 2016 una fetta della *spending review* dovrebbe arrivare dalla riforma della pubblica amministrazione, che nell'Aula del Senato arriverà la prossima settimana. Anche qui il governo promette tempi rapidissimi. Forse evitando il voto al lunedì.

Lorenzo Salvia

 @lorenzosalvia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La norma

● Il decreto legge enti locali all'esame del Senato è un provvedimento «omnibus» che contiene diverse misure relative all'attività delle amministrazioni territoriali

● In particolare, c'è un allentamento del patto di stabilità interno (a disposizione dei Comuni 100 milioni di euro in più) ed è previsto uno stanziamento di 2 miliardi per pagare i debiti maturati al 31 dicembre 2014

● Il governo ha inserito nel dl enti locali un piano di tagli alla sanità attraverso un maxiemendamento. L'esecutivo ha già deciso di mettere la fiducia per far arrivare il testo al voto definitivo della Camera entro l'8 agosto

95

i senatori del Partito democratico presenti ieri in Aula. A Palazzo Madama il gruppo dem conta 113 seggi (numero che include il presidente Pietro Grasso). Era in Aula dunque l'85% del partito del premier

19

i senatori di Area popolare ieri in Aula. Ap, formazione dove sono confluiti esponenti del Nuovo centrodestra e dell'Udc, che fa parte della maggioranza, a Palazzo Madama conta 36 seggi



Tra pratica clinica e sperimentazione medica

Se i rischi violano l'etica

Applicare terapie innovative su pazienti attuali a beneficio di quelli futuri significherebbe trasformare il malato da fine a mezzo

di CARLO PETRINI

La terapia che il dottore mi propone è una pratica consolidata oppure un'innovazione sperimentale? La risposta dovrebbe essere chiara tramite il consenso informato. Nella realtà talvolta ciò non avviene. Il motivo, a eccezione di eventuali comportamenti fraudolenti del medico, non risiede nel fatto che il medico voglia tacere la verità al paziente, ma nel fatto che i confini tra normale pratica terapeutica e sperimentazione sono talvolta sfumati: risulta quindi difficile tracciare linee nette di separazione.

Per decenni, però, le normative sulla ricerca clinica sono state basate su una distinzione tra ricerca e pratica clinica. Le stesse normative prevedono che la ricerca, a differenza della pratica, debba essere obbligatoriamente soggetta a valutazione da parte di un comitato etico. In genere si afferma che la necessità della valutazione dipenda soprattutto dai rischi che la ricerca comporta. Tuttavia, spesso interventi considerati "non ricerca" comportano rischi rilevanti.

Per questo motivo diversi autori propongono che per stabilire se occorra una valutazione etica sia opportuno basarsi sull'entità e la probabilità di rischi, anziché su una teorica distinzione tra ricerca e pratica. Alcuni ricercatori hanno recentemente pubblicato nella rivista «Bmc Medical Ethics» un utile strumento a questo proposito.

Lo strumento consiste in una sorta di questionario elettronico finalizzato a identificare i possibili rischi per chi partecipa a una ricerca/pratica e, conseguentemente, a stabilire se sia necessaria una valutazione etica. Lo strumento è composto da venti argomenti suddivisi in cinque aree, che includono anche rischi che non incidono direttamente sull'integrità della persona, come, ad esempio, indebiti sfruttamenti commerciali. La proposta è utile, ma merita alcune considerazioni. Il lettore è avvertito: dopo le considerazioni,

non troverà la soluzione per poter rispondere alla domanda iniziale. Infatti, una risposta definitiva probabilmente non c'è.

In primo luogo, è evidente che il dubbio sulla distinzione tra pratica clinica e sperimentazione non si pone quando non è disponibile alcuna terapia validata oppure, nel caso opposto, quando l'efficacia della terapia è comprovata da un lungo uso in un'ampia popolazione. Un esempio del primo caso sono i diversi trattamenti non (ancora?) validati utilizzati per cercare di curare persone colpite dal virus Ebola. Un esempio del secondo caso sono gli antibiotici contro specifici batteri.

Una seconda considerazione riguarda il dovere di informare i pazienti, affinché essi siano consapevoli se il trattamento loro proposto consista in una pratica consolidata oppure in un'innovazione che si intende sperimentare. Nel 1982 Paul Appelbaum e alcuni altri autori coniarono l'espressione "fraitendimento terapeutico". Essi notarono che i partecipanti a uno studio con farmaci psichiatrici, pur essendo stati informati della possibilità di ricevere un placebo, continuavano a credere che il medico avrebbe somministrato loro un farmaco attivo. Nel 2001, la National Bioethics Advisory Commission (Nbac) statunitense definì il fraintendimento terapeutico come «la convinzione che l'obiettivo primario di un trial clinico sia il beneficio del singolo paziente piuttosto che la raccolta di informazioni necessarie alla conoscenza scientifica». La commissione precisò anche che «il fraintendimento non consiste nel credere che i partecipanti probabilmente riceveranno buone cure mediche durante una ricerca. Il fraintendimento consiste nel credere che l'obiettivo del trial clinico sia la somministrazione di un trattamento e non la conduzione di una ricerca».

Qui nasce una terza considerazione. Le sperimentazioni cliniche sono finalizzate a produrre conoscenze generalizzabili. Tuttavia, sperimentare su pazienti attuali con il solo fine di mettere a punto terapie per pazienti futuri costituirebbe una grave violazione dei fondamentali principi dell'etica: la persona diverrebbe un mezzo anziché



un fine e sarebbe contraddetto l'impegnativo categorico kantiano. È questo un requisito su cui concordano i più autorevoli documenti di etica medica, come, ad esempio, la Dichiarazione di Helsinki dell'Associazione medica mondiale. Nella Dichiarazione, infatti, si stabilisce che «sebbene lo scopo primario della ricerca medica sia quello di generare nuove conoscenze, queste non possono prevaricare sui diritti e gli interessi dei singoli soggetti coinvolti nella ricerca».

Cercare di conciliare il beneficio del singolo paziente attuale con l'interesse per l'avanzamento delle conoscenze non è facile. Da decenni l'etica medica studia l'argomento. A questo proposito è utile anche ricordare che la distinzione tra "sperimentazione terapeutica" e "sperimentazione non-terapeutica" che si trovava nella versione iniziale della Dichiarazione di Helsinki (1964) fu mantenuta nelle versioni successive fino al 2000: nella versione adottata nel 2000 la distinzione fu abbandonata e furono inseriti alcuni "principi aggiuntivi per la ricerca medica associata alle cure mediche". Il motivo è evidente: la sperimentazione deve sempre essere volta al beneficio del paziente (e quindi essere terapeutica).

Da ciò scaturisce una quarta considerazione: quando una terapia è innovativa? Anche questo è un tema studiato da decenni. Già nei lavori della commissione statunitense che elaborò il *Belmont Report* (1979), Robert J. Levine proponeva di utilizzare l'espressione "pratica non validata" anziché "terapia innovativa": la caratteristica qualificante, infatti, non è la novità, bensì la mancanza di validazione (cioè di dimostrazione della sicurezza e dell'efficacia).

Alla luce di tutto ciò, il nuovo strumento pubblicato in «Bmc Medical Ethics» per valutare l'impatto etico delle "iniziative che generano evidenze" può risultare operativamente utile, ma occorrono alcune cautele. Due tra queste paiono particolarmente importanti. La prima: la valutazione etica deve includere molti aspetti e non è sufficiente valutare se una pratica sia rischiosa. La seconda: come afferma l'Institute of Medicine (Iom), «lo sviluppo e l'applicazione della conoscenza si costruisce in ogni stadio del processo di cura» e le procedure terapeutiche e sperimentali sono inserite in una cornice che l'Iom definisce *learning healthcare system*, dove pratica consolidata e innovazione si intrecciano.