

Lunedì 07 SETTEMBRE 2015

Allattamento. Ostetriche di nuovo contro Real Time: "Ancora violazioni Codice Oms"

La Federazione Nazionale delle Ostetriche spiega: "Anche i fabbricanti e distributori devono aderire ai principi del Codice che è già stato violato più volte in passato dallo sponsor del programma televisivo. E' quindi più che mai attuale un nuovo forte richiamo a tutti i professionisti iscritti all'albo nazionale".

La Federazione Nazionale delle Ostetriche (Fnco) sostiene il Codice internazionale per l'allattamento al seno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – Unicef ed è pronta ad avviare campagne di sensibilizzazione affinché in tutti i punti nascita, consultori e servizi alla maternità si promuova l'allattamento materno e sempre più donne vengano indirizzate e sostenute nell'allattare al seno, per un periodo che superi i primi 6 mesi e arrivi al primo anno di vita del neonato ed oltre se mamma e bambino lo desiderano.

"Le repliche del programma in onda in questi giorni su Real Time – sottolinea una nota - rendono più che mai attuale un nuovo forte richiamo a tutti i professionisti iscritti all'albo nazionale affinché venga rispettato il Codice Internazionale Oms sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno". Il programma tv, sponsorizzato da un noto marchio che vende prodotti per bambini, riprende tre ostetriche mentre accompagnano diverse coppie in vari momenti della gravidanza e nel rientro a casa dopo il parto, utilizzando i prodotti della casa sponsor come tettarelle, paracapezzoli e biberon.

Il mancato rispetto del Codice per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte materno è motivo anche di violazione del Codice deontologico dell'ostetrica nel quale, ricorda la presidente Fnco, **Maria Vicario**, è sancito: "L'ostetrica/o promuove l'allattamento al seno e supporta il ruolo genitoriale, sostiene e diffonde la donazione volontaria del latte materno. L'ostetrica/o altresì aderisce al Codice Internazionale per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno, ne promuove il rispetto delle norme e s'impegna a denunciarne eventuali violazioni".

La Fnco ricorda che gli operatori sanitari non devono accettare compensi o farsi promotori di alimenti per lattanti o di altri prodotti, come presidi e attrezzature per la loro preparazione e consumo, eccetto quando necessario nell'ambito di una valutazione professionale o ricerca a livello istituzionale e che la partecipazione al programma televisivo delle tre ostetriche, riprese con in mano prodotti del marchio sponsor, lede l'immagine stessa della professione veicolando un messaggio sbagliato e violando palesemente **il Codice Internazionale per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte materno, elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'Unicef**. "Anche i fabbricanti e distributori – sottolinea la Vicario – devono aderire ai principi del Codice che è già stato violato più volte in passato dallo sponsor del programma televisivo". La Fnco, nell'interesse della salute delle donne, dei bambini e della categoria tutta, si dissocia infine dai contenuti di educazione sanitaria veicolati e dalla diffusione del programma.

Europa. L'Italia difende l'obiezione di coscienza

Aborto: il Governo replica al ricorso della Cgil al Comitato dei diritti sociali: «Troppi obiettori? Nessun disservizio»

Un tema che attiene l'organizzazione sanitaria delle Regioni, per un fenomeno come l'asserita difficoltà di trovare medici non obiettori per poter abortire la cui portata - numeri alla mano - è assai differente rispetto a quanto denunciato da sindacato e media. È la tesi con la quale il Governo italiano ieri ha risposto alle tesi della Cgil nell'udienza pubblica che li ha visti opporsi davanti al Comitato europeo dei diritti sociali, organismo del Consiglio d'Europa. Il Comitato è chiamato a decidere sulla ricevibilità della denuncia presentata dal sindacato, convinto che l'elevato numero di medici obiettori di coscienza in Italia (il 69,6% dei ginecologi, secondo i dati dell'ultima relazione ministeriale) costituirebbe un impedimento a una corretta applicazione della legge 194. Se una simile tesi fosse accolta, come la Cgil auspica, l'Italia si ritroverebbe sotto accusa per aver ostacolato il ricorso all'aborto e sarebbe invitata a restringere l'accesso all'obiezione di coscienza. Il Governo ha ricordato i dati della relazione annuale («per ogni 3 strutture in cui si fa Ivg, ce ne sono 4 in cui si partorisce», mentre «considerando le Ivg settimanali a carico di ciascun ginecologo non obiettore, ogni non obiettore ne effettua 1,4 a settimana, un valore medio fra un minimo di 0,4 in Valle d'Aosta e 4,2 nel Lazio») e il fatto che nessuna circostanziata denuncia di disservizio è giunta al [Ministero della Salute](#). (E.O.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**I. 180 esami
sotto torchio**

A PAGINA 2-3

LA BOZZA DEL DM LORENZIN SUGLI ESAMI INAPPROPRIATI**Specialistica, in black list
vanno 180 prestazioni**

Il leitmotiv è sempre quello: vincere a suon d'appropriatezza la sfida dei conti. Una scommessa che in questo autunno di tagli già sanciti, di sforbiciate paventate e poi puntualmente smentite, la ministra della Salute conta di vincere a partire da una prima stretta - che arriverà con decreto - relativa a 180 prestazioni di specialistica ambulatoriale su cui i medici prescrittori dovranno procedere con il guanto di velluto. Rispettando il doppio criterio dei limiti e delle priorità di erogazione. E ai camici bianchi che da mesi, ormai, non smettono di lamentare crescenti mal di pancia, giunti alle stelle con il Df Enti locali (si veda il testo a pagina 4-5), Lorenzin si è affrettata a garantire: «Non si tratta di limitare diagnosi e prevenzione, ma di prescrivere con criteri oggettivi, che sono stati decisi con i medici. Bisogna programmare il percorso diagnostico. In ogni caso se il medico decide di avere necessità di andare fuori dai protocolli lo può fare, basta che lo motivi».

In generale:

il decreto ministeriale riguarderà **180 prestazioni** di specialistica ambulatoriale su oltre 1.700 contenute nel vigente nomenclatore (Dm 22 luglio 1996) per le quali vengono proposti due tipi di vincolo:

1. Condizioni di erogabilità - Definiscono limiti e modalità di erogazione. Indicano che l'erogazione della prestazione nell'ambito e a carico del Ssn è limitata a specifiche categorie di destinatari, e/o per particolari finalità, condizioni o indicazioni cliniche.

2. Indicazioni di appropriatezza prescrittiva - Definiscono i casi in cui la prestazione risulta prioritariamente utile e appropriata. Rappresentano indicazioni per aiutare il medico prescrittore nella prescrizione appropriata e forniscono alle Asl/Regioni elementi conoscitivi per governare il sistema.

Contrariamente a quanto apparso su alcuni organi di stampa, nessuna limitazione/indicazione è stata proposta per le visite specialistiche

Nello specifico i livelli di appropriatezza riguardano:

A. Prestazioni di odontoiatria: già il Dlgs 1992 prevedeva che sono erogabili a carico del Ssn «i programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e l'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità (sanitaria e sociale)». Tutte le Regioni hanno dato seguito a questa previsione e identificato autonomamente le condizioni di erogabilità. Il Dm si limita a omogeneiz-

zare le condizioni già applicate definendo esplicitamente i criteri utilizzati e specificando per ciascuna prestazione quali sono i soggetti beneficiari (minori fino a 14 anni, vulnerabili per motivi sanitari, vulnerabili per motivi sociali), lasciando comunque alle Regioni il compito di fissare le soglie di reddito o di Isee che discriminano la vulnerabilità sociale. Le prestazioni di odontoiatria interessate sono 35/180 (20% circa).

B. Prestazioni di genetica: si tratta di prestazioni molto onerose che vengono prescritte da specialisti ed eseguite una sola volta nella vita. Nel decreto saranno **riservate alla diagnosi di specifiche malattie genetiche definite in un elenco a parte.** Ciò significa che non sarà più possibile prescrivere per una generica mappatura del genoma o a fini di ricerca. Le prestazioni di genetica interessate sono 53/180 (30% circa) e alla loro individuazione hanno contribuito esponenti di rilievo della Società italiana di genetica umana (Sigu).

C. Prestazioni di allergologia: si prevede che alcuni test allergologici e le immunizzazioni (cosiddetti vaccini) siano prescritti solo a seguito di visita specialistica allergologica.

D. Laboratorio: il provvedimento riguarda:

1. alcune prestazioni di basso costo (il cui importo spesso è già coperto dall'assistito non esente col ticket) per le quali vengono descritte condizioni di erogabilità (non si possono prescrivere per generici "follow-up" ma solo in base a precise indicazioni cliniche). In particolare il Dm prevede che «in assenza di qualsiasi fattore di rischio» (familiarità, ipertensione, obesità, diabete, cardiopatie, iperlipemie e ecc.) il colesterolo e i trigliceridi siano ripetuti ogni 5 anni;



2. prestazioni specifiche per la diagnosi e il monitoraggio di specifiche patologie (es test del sudore per la fibrosi cistica).

E. Tac e Rmn. Si tratta di prestazioni di costo medio/elevato, per le quali si indicano puntualmente le condizioni di erogabilità appropriate, comprensive di un punteggio (da 0 a 10) che indica il livello di appropriatezza valutata in base alla documentazione scientifica nazionale e internazionale; l'appropriatezza risulta crescente col crescere del valore (0 = appropriatezza minima; 10 = appropriatezza massima). Il provvedimento riguarda esclusivamente Tac e Rmn degli arti e la Rmn della colonna «con mezzo di contrasto» **per un totale di 9 prestazioni** e alla loro individuazione hanno contribuito esponenti di rilievo della disciplina (già nel 2008 ha lavorato un gruppo di esperti con il coordinamento del Prof. Simonetti). Si ritiene che la prescrizione di tali prestazioni secondo i livelli di appropriatezza proposti possa contribuire anche a ridurre le liste di attesa.

F. Dialisi. Le condizioni di erogabilità sono riservate alle metodiche dialitiche di base (domiciliari e ad assistenza limitata) che risultano appropriate solo per pazienti che non presentano complicanze da intolleranza al trattamento e/o che non necessitano di correzione metabolica intensa. Si tratta di 2 prestazioni.

G. Prestazioni di medicina nucleare. Si tratta di 4 prestazioni di interesse assolutamente specialistico (prescritte dallo specialista) per le quali vengono definite condizioni di erogabilità e indicazioni prioritarie legate a patologie gravi di tipo neoplastico.

L'ANALISI

La spending review e la chimera dei costi standard

Da Claudio Cottarelli, al meeting di Rimini, un monito alle politiche di spending review del Governo. Ben vengano i 10 miliardi di tagli, ma si poteva fare di più (e meglio). Queste le conclusioni cui è pervenuto il già commissario per la revisione della spesa, nominato dal premier Letta, oggi direttore esecutivo del Fmi. E giù le indicazioni, passando per una critica alla metodologia utilizzata dalla riforma Madia della Pa, da ritenersi meramente enunciativa di ciò che si vuole fare, atteso che rinvia tutte le misure specifiche a successivi provvedimenti legislativi delegati. È il caso delle società pubbliche, vero cancro dell'economia statale e di quella del sistema autonomistico, ove costituiscono un inesauribile strumento di spesa incontrollata e di formazione del debito pubblico. Su un tale problema occorre intervenire subito e bene e, con esso, evitare la generazione di ulteriori danni al bilancio della Repubblica.

Venendo alla sanità, l'ex commissario è andato dritto nello specifico. Ha chiaramente affermato che i 2,35 miliardi di tagli sono pochi. Si può fare molto di più, sino ad arrivare a 5 miliardi di risparmi senza stravolgere l'attuale livello qualitativo delle prestazioni essenziali. Il tutto attraverso un intervento profondamente modificativo sull'attuale polverizzazione delle centrali di acquisto di beni e servizi, ma soprattutto su «un'attuazione piena dei costi standard».

Un'analisi corretta e certamente da condividere. La debolezza della tesi sta nel trascurare il vero problema che, se si dovesse andare avanti così, rimarrà irrisolto. La logica di stravolgere l'attuale sistema di finanziamento del sistema della salute, passando dalla spesa storica radicata sulla determinazione della quota capitaria pesata, al criterio fondato sui costi e fabbisogni standard, è certamente corretta. Essa rintraccia però il suo fondamentale presupposto nella determinazione degli uni e degli altri. Ed è ciò che manca. Più esattamente, è trascurato ovvero ostacolato il risultato tecnico di monetizzazione del costo standard suddiviso per singola macroarea assistenziale. Senza fare ciò, tutto è assimilabile all'aria fritta.

Quindi, occorre pervenire tempestivamente, attraverso l'individuato percorso del benchmark (certamente da rivedere), a un costo standard per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (la prevenzione), un altro per l'assistenza territoriale e un altro ancora per quella ospedaliera. Un risultato difficile da conseguire, una difficoltà (o forse volontà) delle quali ebbi a constatare l'esistenza nel corso di una "antica" riunione ad hoc (2009), cui partecipai come esperto Copaff, svoltasi presso il ministero delle semplificazioni alla

presenza del ministro Calderoli, dell'allora **ministro della salute** Fazio e del prof. Luca Antonini nonché di alti burocrati ministeriali, chiaramente restii ad avviare il cambiamento e a realizzare la svolta. Da allora, come era facile prevedere, nulla è accaduto.

E ancora. Il problema serio non è solo quello di valorizzazione dei costi standard in quanto tali - a tutt'oggi ancora allo stato (molto) larvale - bensì l'adeguamento dei medesimi alle necessità dei 19 Ssr e dei 2 afferenti alle Province autonome, attraverso la determinazione dei fabbisogni regionali, indispensabili per garantire i Lea su tutto il territorio nazionale, a mente dell'articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione.

Un prodotto economico-finanziario, il fabbisogno standard, praticamente impossibile a determinare correttamente alle attuali condizioni di adeguamento, fondato sull'unico correttivo dell'età media dei cittadini residenti nelle regioni destinatarie. Un parametro non solo insufficiente ma bugiardo, in relazione al reale bisogno di salute da soddisfare. Il fabbisogno standard - che dovrà tenere altresì conto dell'ovvia presenza della popolazione immigrata, portatrice di bisogni specifici salutari in gran parte superati nelle civiltà occidentali (es. scabbia, tubercolosi, ecc) - non potrà infatti fare a meno dell'applicazione di ulteriori indici utili all'attualizzazione concreta dei costi standard alle reali esigenze di salute delle singole regioni. Essi non potranno che riguardare, oltre al coefficiente anagrafico, la deprivazione socio-economica, sintomatica dello svantaggio di alcune realtà geo-demografiche nel garantire la salute alle proprie collettività, in arretrato in termini di ricchezza sociale, decente viabilità, strutture dignitose e avanzata tecnologia.

Ettore Jorio
Università della Calabria

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Mario Calabresi

Sanità, come risparmiare 6,9 miliardi

Eliminando ricoveri ed esami inutili con la tecnologia rimarrebbe in cassa il doppio della Tasi

Massimo Russo
A PAGINA 11

Sanità, così la tecnologia fa risparmiare 6,9 miliardi

Ricoveri, esami inutili e forniture: studio suggerisce dove intervenire

I risultati saranno consegnati a Yoram Gutgeld, commissario per la revisione della spesa

Paolo Colli Franzone
Direttore osservatorio Netics

Con gli archivi elettronici di casi simili (Ebm) si possono ridurre le prescrizioni inutili del 25%

Dallo studio: Scenari di sanità digitale 2015

Con la telemedicina è possibile tagliare 2,4 milioni di giornate di ricovero l'anno, a 800 euro l'una

Stime osservatorio Netics su dati Ministero Salute

Analisi MASSIMO RUSSO

La tassa forse più odiata, la Tasi sulla prima casa, vale 3,4 miliardi. Dal capitolo di spesa pubblica riguardante la sanità potrebbero essere risparmiati 6,9 miliardi l'anno, ovvero più del doppio della Tasi, migliorando al contempo i livelli di assistenza. A sostenerlo è uno studio - realizzato a partire dai dati del ministero della Salute - che verrà presentato giovedì a Roma al Forum della sanità digitale. L'idea è semplice: introdurre le tecnologie per coniugare la salute dei cittadini con la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. L'indagine è stata realizzata dall'osservatorio Netics, un organismo indipendente finanziato da una decina di aziende del

settore digitale, farmaceutico e medicale. «I risultati», spiega Paolo Colli Franzone, direttore dell'istituto, «saranno consegnati a Yoram Gutgeld», commissario alla revisione della spesa.

L'analisi individua cinque grandi scenari di trasformazione della salute, e - soprattutto in riferimento a tre di essi - mette in rilievo le possibili azioni di risparmio.

Il primo riguarda la riduzione delle prescrizioni inappropriate, o - come la definiscono gli addetti ai lavori con un eufemismo - la "medicina difensiva". «La questione non è nuova», commenta Colli Franzone. «Negli ultimi anni c'è stato un boom di studi legali che si occupano di recuperare i presunti danni derivanti dalla malasanità. Tutto ciò ha generato un'impennata nel contenzioso. Alcune compagnie fanno difficoltà ad assicurare gli specialisti più a rischio, come ginecologi e ortopedici». Morale, il medico - che nel 78,5 dei casi ritiene di

correre un maggior rischio di procedimenti giudiziari rispetto al passato - finisce ad esempio per prescrivere una Tac anche se non sarebbe necessaria. Ma quel costo pesa su tutta la collettività, per un ammontare complessivo stimato tra i 10 e i 12 miliardi l'anno. «Esistono oggi strumenti digitali come l'Ebm (evidence based medicine, la medicina basata sulle prove ndr), che aiutano nella diagnosi», afferma il direttore di Netics. Si tratta di enormi archivi elettronici di dati su casi simili che possono fungere da supporto alle decisioni, riducendo del 25% i fenomeni di prescrizioni inutili. Tra far-



maci, esami, visite e ricoveri, un risparmio di 2,5 miliardi.

Il secondo tema affrontato riguarda la telemedicina, ovvero l'assistenza a casa, riducendo le giornate di ricovero, il cui costo medio è di 800 euro. Alcune regioni virtuose la stanno già sperimentando, e le indicazioni emerse da questi test, insieme con quanto avviene in paesi più avanzati come Spagna e Francia, consentono agli analisti di Netics di affermare che - attraverso questi strumenti - sarebbe possibile ridurre del 5%, ovvero di 2,2 milioni, le giornate di ricovero dei pazienti acuti, e di 200mila (pari al 10% del totale) quelle di pazienti in istituti di riabilitazione. Il saldo, al netto dei costi per le tecnologie, ammonta a 1,4 miliardi.

Infine le forniture. Non è

un mistero che i prezzi di beni e servizi tra le 139 Asl e le 86 aziende ospedaliere siano molto diversi tra loro. Alcuni esempi. Un pasto per i pazienti a Bari si paga 19,22 euro, in Toscana 10,10. Il servizio di lavanderia a Napoli costa 7,95 euro al giorno per paziente, a Matera due. Il servizio di pulizia per le aree ad alto rischio varia tra i 6,87 euro a metro quadro mensile di Pavia e i 2,74 di Torino. Quello per le aree a medio rischio, tra i 4,64 euro di Cagliari e l'1,42 di Torino. «Ma non si tratta solo di uniformare le forniture riguardo i prezzi», racconta ancora Colli Franzone. «Esiste anche un problema di quantità». Gli ospedali comprano male e troppo. Spesso farmaci e attrezzature scadono. «Il solo Molise risparmia un paio di milioni

l'anno grazie alla tracciatura elettronica di tutti gli acquisti». In questo modo è inoltre possibile ridurre drasticamente i furti, che per alcuni farmaci costosi come gli oncologici e gli immunosoppressori valgono alcune decine di milioni di euro. La refurtiva viene poi smerciata in cliniche private compiacenti, soprattutto nel Mezzogiorno. Qui i risparmi, a regime, potrebbero ammontare a 11 miliardi l'anno, ma secondo Netics è lecito ipotizzare che fin da subito se ne potrebbero recuperare tre. Anche perché non si tratta di far altro che applicare alla sanità pubblica strumenti e pratiche già in uso in quella privata. Dove i conti sull'efficienza li sanno fare benissimo.

@massimo_russo

La giungla delle forniture

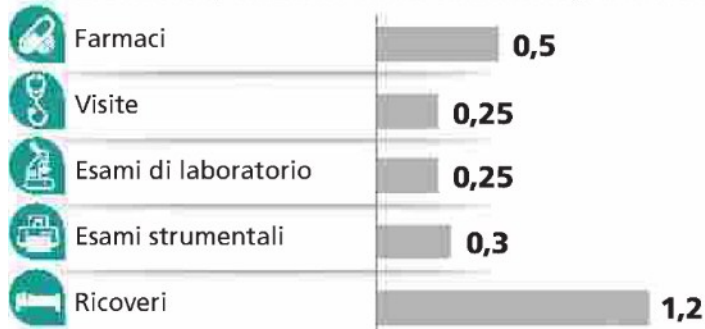
■ Gli ospedali pubblici e le Asl spesso comprano male e troppo. Un pasto a Bari costa 19 euro contro i 10 della Toscana. La lavanderia 7,95 euro a Napoli contro i 2 di Matera

■ Farmaci e attrezzature scadono o sono rubati. Basterebbe applicare gli strumenti che già usa la sanità privata per recuperare 1,2 miliardi l'anno

■ Un altro capitolo di inefficienza sono le prescrizioni inutili: un costo che pesa sulla collettività per 10 miliardi l'anno. Lo studio ipotizza di ridurlo del 25%

Più salute meno costi

RIDUZIONI PRESCRIZIONI INAPPROPRIATE (miliardi di euro)



TELEMEDICINA E ASSISTENZA DOMICILIARE



FORNITURE (miliardi di euro)



RISPARMI

2,5

+

1,4

+

3

=

6,9

Fonte: Osservatorio Netics su dati ministero Salute



TOTALE RISPARMI
(miliardi di euro)



E-PRESCRIPTION/ Presto il decreto con regole più semplici e uniformi per gli acquisti

Ricetta digitale, il futuro oggi

Via gli steccati regionali - Veneto, Sicilia e Campania verso il target 90%

La novità dei prossimi mesi sul processo di dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche sarà l'estensione a livello nazionale della validità della ricetta elettronica.

Il decreto è ora al vaglio della Conferenza Stato-Regioni anche per verificarne la congruità nei confronti delle compensazioni che si dovranno instaurare tra i vari sistemi regionali.

Con l'applicazione del decreto, finalmente il cittadino in possesso di un promemoria rilasciato dalla Regione potrà ritirare i medicinali in qualsiasi farmacia del territorio nazionale. Si dissolveranno quindi gli steccati regionali che oggi obbligano il cittadino a prelevare i medicinali solo nella Regione nella quale la ricetta è stata rilasciata.

Sarà una vera rivoluzione con vantaggi tangibili per i cittadini, specialmente per coloro che risiedono in prossimità dei confini tra diverse regioni e che sarebbero agevolati a poter prelevare i medicinali nella regione confinante, dove, per esempio, si recano quotidianamente per motivi di lavoro.

Vi sono poi casi particolari oggi gestiti con specifici accordi che prevedono deroghe al

prelievo dei medicinali nella regione confinante, proprio perché ciò risulta più agevole per i cittadini che risiedono in luoghi più vicini alla farmacia della regione confinante rispetto a quella di residenza. Tutto questo terminerà, quindi, ma bisognerà comunque fare i conti con il quadro di insieme, ossia, con l'effettiva quota delle prescrizioni dematerializzate.

Numeri in evoluzione. E veniamo alla situazione registrata a giugno di quest'anno, consultando i dati forniti da Promofarma, società di Federfarma che si occupa della fornitura di servizi informatici alle farmacie. Le ricette elettroniche prescritte dai medici di assistenza primaria sono state a giugno 21,23 milioni su un totale complessivo di 48 milioni di ricette.

Un dato appare subito all'occhio: la percentuale di dematerializzazione non arriva al 50%; la media calcolata con le aree in cui la dematerializzazione non è ancora partita, la Calabria e la Provincia autonoma di Bolzano, si attesta infatti al 44 per cento.

Siamo quindi ben lontani dall'obiettivo del 90% della dematerializzazione, fissato dall'Agenda digitale per il 2015 e rinviato al 2016 con il decreto legge Milleproroghe di quest'anno.

La variabilità del dato tra regione e regione è anch'essa una caratteristica degna di nota. Il Veneto si conferma ormai al primo posto con l'87,9% della dematerializzazione, superando seppur di poco la Sicilia (86%), che è partita esattamente un anno prima. Con qualche eccezione, le Regioni partite per prime si sono ormai attestate ai primi posti: oltre il Veneto e la Sicilia, la provincia autonoma di Trento (86%), la Campania (85,5%), la Valle d'Aosta (81,6%), il Piemonte (77,2%), la Basilicata (72%), l'Emilia Romagna (67,9%), il Friuli Venezia Giulia (57%), l'Abruzzo (49,5%). Al di là della classifica, come si può riscontrare dalla tabella in pagina, è importante anche capire le dinamiche all'interno delle diverse Regioni.

Balzi da leone. Da gennaio a giugno è tutto un crescendo, ma c'è chi ha fatto grandi balzi in avanti, come la Campania, dal 49 all'85%, l'Abruzzo, dal 19 al 49,5%, l'Umbria, dall'1,4 al 30%, la Toscana, dal 10 al 40%. Altre regioni sono cresciute di una ventina di punti percentuali come la Valle d'Aosta, le Marche, la Lombardia.

È la prova della difficoltà che generalmente si riscontra

no nell'avvio del programma operativo, ma poi, se tutto funziona (le connessioni, gli adeguamenti tecnici) e se c'è la disponibilità dei prescrittori, che alla fine sono coloro che decidono se e quanto aprire il "rubinetto", ci si avvicina velocemente al target.

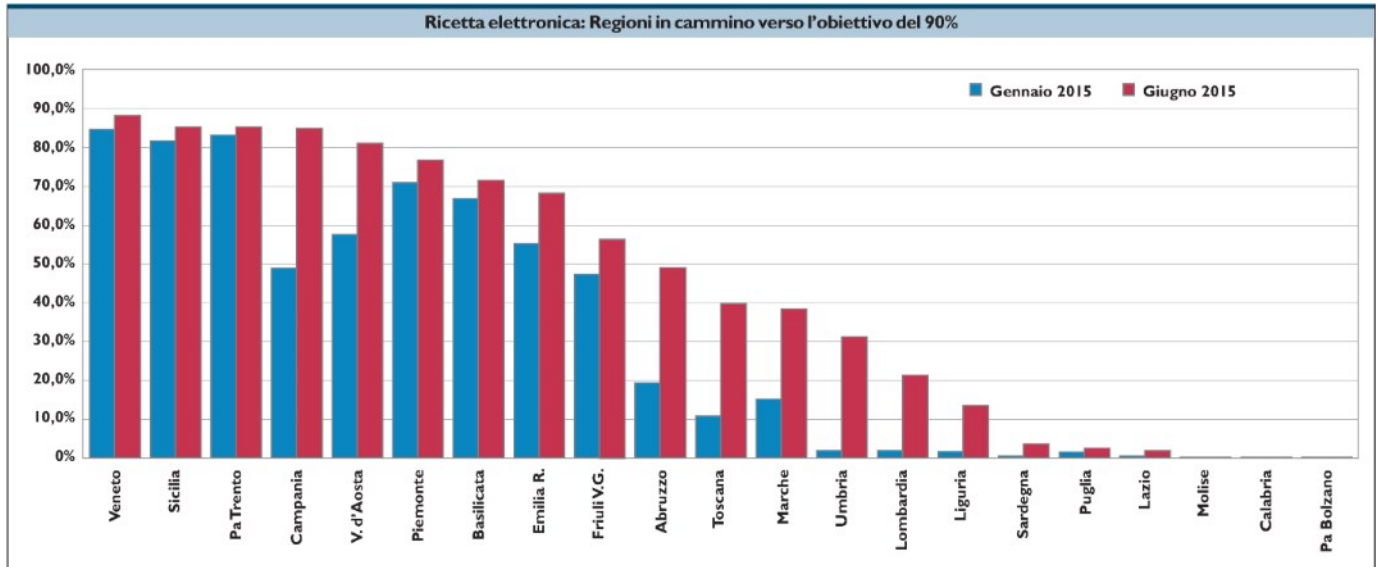
Un'osservazione al proposito va fatta sull'esistenza del promemoria cartaceo, spesso vituperato ma, paradossalmente, chiave essenziale del successo. Questo, contenendo tutti i dati necessari all'erogazione, permette alla farmacia di aprire una ricetta elettronica nel sistema, ma sta anche brillantemente risolvendo tutti i casi in cui la modalità di erogazione elettronica risulti impossibile, si pensi solo alla temporanea mancanza di connessione, ma la casistica è più ampia.

In tutti questi casi infatti la farmacia può effettuare la prestazione off-line, sulla base dei dati presenti sul promemoria, assicurando così la primaria necessità del cittadino di ricevere il farmaco e, al contempo, non indebolendo l'intero progetto.

Gianni Petrosillo
amministratore delegato
Promofarma

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Responsabilità, si cambia così

A PAGINA 3

RIPARTE IL TESTO UNIFICATO

«Responsabilità nodo prioritario»

Il relatore Gelli non esclude tempi stretti

Dalla Finanziaria un "traghetto" per le norme più urgenti?

«**G**ia questa settimana - con deadline a fine settembre - si partirà in commissione Salute della Camera con la presentazione degli emendamenti al testo unificato sulla responsabilità professionale del personale sanitario. E le modifiche potrebbero, in parte, recepire i risultati del gruppo di lavoro tecnico guidato al ministero della Salute dal giurista Guido Alpa». A parlare è il nuovo relatore del provvedimento e responsabile Sanità del Pd **Federico Gelli**, subentrato a **Pierpaolo Vargiu**.

Gelli avverte: «Il testo elaborato dalla commissione Alpa contiene spunti interessanti di riflessione e valutazione, ma presenta una serie di difformità rispetto al testo unificato elaborato dal comitato ristretto, che impediranno il recepimento tout court di quel lavoro».

L'iter del provvedimento potrebbe riservare sorprese, che Gelli non esclude affatto, ricordando come l'approvazione di questa Pdl sia «un obiettivo cruciale, tra i più importanti della Legislatura in ambito sanitario, per la stessa natura della commissione Salute, ma anche per l'importanza che le attribuiscono il premier Renzi e la ministra **Lo-**

renzi». Dopo 14 anni di tentativi di modifica delle norme sulla responsabilità, di fatto riscritte e plasmate dalla giurisprudenza degli ultimi anni, i medici potrebbero dunque assistere - complice la stagione dei tagli in sanità e la congiuntura politica - a una svolta rapida sul fronte del "rischio" e delle sue conseguenze.

Le sanzioni inserite nel Dl Enti locali per i camici bianchi "cattivi prescrittori", il Dm **Lorenzin** in arrivo sulle 180 prestazioni ambulatoriali a rischio inappropriata e - perché no - le nuove regole per la scelta dei primari, esigono un ri-bilanciamento dei carichi e delle attenzioni su cui per prima la ministra si è impegnata, promettendo di metter mano rapidamente alle norme sulla responsabilità per sventare la bomba medicina difensiva e, anche, per arginare la marea dei malumori espressa da un bacino di consenso di notevole portata. Quello dei camici bianchi, dipendenti e convenzionati che siano. Che non a caso stanno moltiplicando le richieste di incontro con il nuovo relatore. E allora, le norme più urgenti e di maggiore impatto, dal punto di vista politico, potrebbero trovare una scorciatoia già nella legge di Stabilità 2016. Stralciate dal testo parlamentare, vedrebbero la luce già a inizio anno prossimo. «E questa corsia preferenziale potrebbe avere un effetto trascinalo anche sulla parte restante del provvedimento», avverte Gelli.

Il pacchetto confezionato dalla commissione Salute e poi dal comitato ristretto in questi anni, è del resto ormai «maturo» anche a detta dello stesso Vargiu. «Abbiamo ampiamente sviscerato la materia per quanto di nostra competenza - avverte l'ex relatore - Il testo



elaborato dalla commissione è una base, che necessita dell'indispensabile apporto della commissione Giustizia. E' chiaro che, restando nell'alveo parlamentare, i tempi non potranno essere brevi. Sta al Governo decidere se e in che modo, sulla base delle valutazioni di urgenza che farà sui contenuti di questa legge, imprimere un'accelerazione a una materia fondamentale per i medici ma soprattutto per la sicurezza delle cure, pieno diritto dei cittadini che oggi subiscono sulla

propria pelle gli effetti sia della medicina difensiva tout court sia della cosiddetta medicina difensiva "passiva", che induce ai medici a non prendere in carico i casi più problematici per evitare di correre rischi».

I punti in comune con il lavoro svolto dal gruppo di lavoro Alpa non mancano: tra questi, la previsione di una fattispecie ad hoc nel codice penale per il medico che provochi lesioni personali o la morte del paziente, il ripristino della natura extracontrattuale della responsabilità civile del professionista, con riduzione dei tempi dell'azione risarcitoria da 10 a 5 anni e onere della prova in capo al paziente (ma la Pdl mantiene in capo alla struttura la natura contrattuale della responsabilità), l'obbligatorietà dell'assicurazione, meccanismi di conciliazione, il potenziamento dell'accertamento tecnico preventivo. Tra le note "dolenti" evidenziate dai medici - Ordine di Milano in testa - la proposta dei tecnici di assegnare diversa natura (rispettivamente extracontrattuale e contrattuale) alla responsabilità di dipendenti di struttura e convenzionati da una parte e di liberi professionisti dall'altra. Ma sia l'uno che l'altro testo (commissione e gruppo di lavoro) destano più di una preoccupazione anche sul fronte delle azioni di rivalsa della struttura sul sanitario. Insomma, c'è ancora un bel po' da limare. E chissà se si farà in tempo ad acchiappare il traghetto Stabilità.

B.Gob.

Ssn appeso a una pesante manovra 2016: si apre una stagione con tanti (troppi) appuntamenti alle porte

Come d'autunno sugli alberi le foglie

Tagli e spending, è già braccio di ferro Governo-Regioni - E i ricoveri calano ancora

Come d'autunno sugli alberi le foglie, il Ssn è appeso alla prossima legge di Stabilità, che si annuncia pesante. E se il frutto della Finanziaria passata è il taglio da 2,35 miliardi inserito nel Dl Enti locali, fresco di approvazione e ancora in

gran parte da attuare, la parola d'ordine per quest'anno è razionalizzazione. A suon di spending review miliardaria e di costi standard, tutti da scrivere. Una ricetta non facile da applicare, quando imprese e professionisti sono ancora alle prese con la "batosta" ri-

cevuta all'insegna dell'efficienza. Malgrado i messaggi distensivi del governo, questo autunno potrebbe far cadere molte foglie, sul grande prato del Ssn.

Ma intanto dalle Sdo 2014 arriva una buona notizia: i ricoveri diminuiscono e l'appropriatezza avanza.

GOBBI A PAG. 2-3

Mentre è in corso l'attuazione del Dl Enti locali si allunga l'ombra della Stabilità 2016

Un autunno di medici e conti

Partita aperta tra revisione della spesa, delle prestazioni e delle risorse

Numeri che «scottano»

2,35 mld

I tagli per il Ssn per il 2015 operativi con il varo del Dl 78 sugli Enti locali: in campo la stretta su B&S, dispositivi, farmaci, ricoveri eliminabili e prescrizioni inappropriate

30 mld

La cifra su cui si aggirerà la legge di Stabilità 2016, basata su tre pilastri: spending review (10mld), sterilizzazione delle clausole di salvaguardia fiscali (16 mld) e taglio delle tasse (5 mld)

10 mld

L'ammontare della spending review basata su una stringente centralizzazione degli acquisti anche per Regioni ed enti locali e su tagli a ministeri, enti inutili e partecipate

1-1,3 mld

La stima delle risorse recuperabili in conto spending dall'attuazione quest'anno della riforma della Pubblica amministrazione anche se i maggiori risparmi sono attesi nel biennio 2017-2018

Le Regioni possono dormire sonni tranquilli: il pianeta Sanità "ha già dato", come si dice, e per il momento non è pensabile saccheggiarlo ulteriormente. L'ufficialità dei comunicati e delle dichiarazioni che arrivano dal Governo suona più o meno così. E non potrebbe essere altrimenti, visto che il Dl Enti locali con la sua dote di tagli per 2,35 miliardi, è fresco di pubblicazione. Così fresco da bruciare ancora sulla pelle dei governatori, chiamati in 5 mesi (ma in tanti si erano portati avanti) a una corsa ai risparmi che già a gennaio pareva impossibile.

L'eco del Dl non si è ancora spenta: anzi si diffonderà almeno per questo inizio d'autunno, tra il tavolo Aifa-Salute-Economia-Regioni chiamato entro fine settembre a rivedere il Pron-

tuario farmaceutico (v. pagina 10-11) e le misure pro appropriatezza volute dalla ministra Lorenzin per indicare la giusta via ai medici "iper prescrittori". Mentre la logica del bilancino vuole che i camici bianchi siano ricompensati con l'improvvisa accelerazione sulla riscrittura delle norme in tema di responsabilità professionale, in dormiveglia parlamentare da anni e oggi diventate una priorità, all'insegna della guerra alla medicina difensiva (che da sola costerebbe 10 miliardi), della giusta tutela del medico e del sacrosanto interesse del paziente. E, anche, dell'opportunità politica di non inimicarsi una categoria che dopo anni di sforbiciate ai posti letto, di assunzioni bloccate, di contenziosi alle stelle con i pazienti, non ci sta a sentirsi "commissariata" fin nella sacrosanta inti-



mità dell'atto medico (o sanitario?), di cui la prescrizione è un po' il braccio operativo. E allora, giù con le promesse [Lorenzin](#), di concertazione e di attenzione a società scientifiche, sindacati&Co. E con il rilancio - ricordiamolo qui ma è farina del sacco riforma Pa - di criteri finalmente trasparenti per la nomina dei manager. Ce n'è abbastanza per stare alla finestra, per vedere come andrà a finire.

Ma questo è solo un assaggio del menu d'autunno che attende la Sanità. Il governo promette di impegnarsi "soltanto" sulla riduzione delle Asl, sulla centralizzazione degli acquisti e sull'applicazione dei costi standard. Con la legge di Stabilità 2016 dietro l'angolo, l'agosto insomma non è trascorso invano. I presidenti, che dopo la conferma di Sergio Chiamparino alla presidenza e la new entry Giovanni Toti nel ruolo di vice, avranno a giorni l'organigramma completo delle commissioni in Stato-Regioni, non possono esattamente dormire i proverbiali sonni tranquilli di cui sopra. Perché della nuova Finanziaria - che si aggirerà sui 30 miliardi - uno dei pilastri fondanti sarà proprio quella spending review da 10 mld che tanto ha agitato le acque nel mese di luglio. E se la Sanità non dovrà contribuire per intero come paventato all'inizio, il contributo che è chiamata a dare non sarà certo lieve. In termini di razionalizzazioni e non di tagli, come tiene a precisare il governo. Ci mancherebbe... Ma lo sforzo non sarà da poco: la "spending" targata Gutgeld ed ereditata da Cotarelli punterà sui tagli a mi-

nisteri, enti inutili e partecipate ma soprattutto sulla maxi-stretta che centralizzerà gli acquisti in capo a Regioni ed enti locali. Sul fronte degli acquisti potrebbero essere recuperati fino a 5-6 miliardi, considerando tutto il mix di interventi allo studio su Sanità e ministeri.

Il prosciugamento da 32mila a 34 stazioni appaltanti - di cui si parla da anni - dovrebbe rientrare a pieno titolo nella nuova manovra. Con un forte impatto sul comparto salute. Basta guardare le più recenti elaborazioni di Consip (si veda il grafico), riportate da Il Sole 24Ore: degli 87 miliardi di spesa per consumi intermedi che potrebbero finire nel mirino del nuovo meccanismo centralizzato, ben 65 miliardi sono riconducibili agli enti territoriali o al Servizio sanitario nazionale.

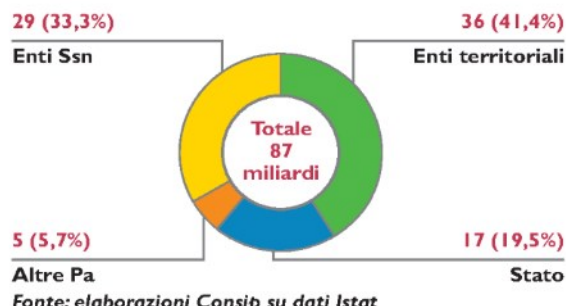
L'applicazione dei costi standard, infine. Una manciata di Regioni li rivendica a gran voce e ne chiede l'applicazione come unico strumento possibile e utile di equità. Ma ancora oggi tutti ne parlano e nessuno li ha visti. Almeno a livello nazionale. In queste condizioni, come potrà mai il governo utilizzarli per promuovere razionalizzazione e appropriatezza? Per non parlare dei nuovi Lea, che stentano a riemergere dalla lunga fase digestiva in cui sono incappati, quando a febbraio scorso [Lorenzin](#) li consegnò alle Regioni.

Tutto fermo. In attesa che l'oracolo della legge di Stabilità 2016 riveli il suo vaticino.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La spesa per B&S della Pa per comparto (mld €)



segui [quotidianosanita.it](#) [Tweet](#) [stampa](#)



Lorenzin traccia programma ministero per il 2016. Al primo posto qualità assistenza e miglioramento dei conti

Publicato l'atto d'indirizzo politico del Ministero per il prossimo anno. Previsti obiettivi su 8 macroaree. "L'impegno primario dovrà essere quello di consolidare i risultati qualitativi raggiunti nel settore migliorando la razionalità della spesa nelle Regioni in piano di rientro". E il "Ministero è impegnato in questo senso, sia tramite l'azione delle strutture commissariali sia nella formulazione del Patto per la salute". [IL DOCUMENTO](#)



07 SET - Prevenzione; comunicazione; politiche in materia di ricerca sanitaria; politiche sanitarie internazionali; promozione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria; sistema informativo e statistico sanitario; dispositivi medici e farmaci; promozione della salute pubblica veterinaria e della sicurezza degli alimenti; politiche per l'efficienza gestionale. Queste le 8 macroaree strategiche definite dal Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** nell'atto d'indirizzo politico 2016. Un documento con cui il Ministro indica gli obiettivi dell'azione ministeriale e ribadisce la centralità del Patto per la Salute.

"L'impegno primario, nel corso del 2016 – evidenzia nella premessa il Ministro - , dovrà pertanto essere quello di mantenere e consolidare i risultati qualitativi raggiunti nel settore dell'assistenza, migliorando la razionalità della spesa nelle Regioni soggette a piano di rientro. Il Ministero della Salute è impegnato in questo senso, sia tramite l'azione delle strutture commissariali attivate nelle Regioni in deficit, sia nella formulazione del Patto per la salute per gli anni 2014-2016, ovvero dell'Accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema, definendo i tetti di spesa.

"Nel Patto – ricorda Lorenzin - sono stati infatti affrontati il tema della programmazione triennale dei costi standard e dei fabbisogni regionali, che consente di avviare e implementare politiche di innovazione del SSN sul territorio, ed il tema della definizione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, che, unitamente all'assistenza sanitaria transfrontaliera, all'aggiornamento dei LEA ed alla reale promozione dell'assistenza territoriale, costituiscono i pilastri su cui fondare tutte le iniziative necessarie per garantire la tutela della salute a tutti i cittadini uniformemente sul territorio nazionale.

Il tema della Health Technology Assessment, e degli investimenti in sanità, così come quello della ricerca in ambito sanitario, e del trasferimento dei prodotti di ricerca nell'assistenza sanitaria, sono anch'essi centrali

per garantire le condizioni di competitività, di qualità e di sicurezza delle strutture sanitarie.

Nel Patto c'è anche la previsione di migliorare il sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli Sistemi Sanitari Regionali, che consenta di rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance delle Aziende sanitarie e dei Sistemi Sanitari Regionali, in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati. Il Patto per la salute in vigore mira ad un generale efficientamento del nostro SSN, proprio nell'ottica dell'appropriatezza.

Tutte le previsioni in esso contenute sono state ispirate dai bisogni di salute dei cittadini e, allo stato attuale, costituisce un importante strumento per la costruzione di una sanità più vicina alle persone, più efficace ed efficiente, sicura, di qualità e competitiva in Europa, non dimenticando le nuove sfide che ci attendono: l'assistenza socio-sanitaria connessa alla non autosufficienza, l'elevata presenza di anziani e grandi anziani nonché la disponibilità di terapie/diagnosi ad alto costo".

07 settembre 2015
© Riproduzione riservata

Allegati:

■ [Atto indirizzo politico 2016 Ministero Salute](#)

[Altri articoli in Governo e Parlamento](#)



Manovra sanità. Gelli (Pd): "Avanti



Etica e spending review. Medici

*Io, specialista
d'ambulatorio*

Intesa raggiunta sul rinnovo dell'Acn per la specialistica ambulatoriale. L'accordo, firmato con la Sisac, punta a valorizzare le nuove generazioni. A partire dall'incarico a tempo indeterminato effettivo dopo 6 mesi di prova.

LALA A PAG. 17

SPECIALISTICA AMBULATORIALE/ Accordo per il nuovo Acn raggiunto con la Sisac

Un'intesa che punta al futuro

Lala (Sumai-Assoprof): «Scelte importanti per le giovani generazioni»

**Contratto
indeterminato
dopo sei mesi
di prova**

Un rinnovo che favorisce le nuove generazioni di specialisti ambulatoriali. Se dovessi sintetizzare l'esito dell'accordo normativo che abbiamo firmato con la Sisac, questa è l'espressione che meglio identifica la natura e la portata del nuovo Acn.

In questo senso desidero riconoscere il ruolo decisivo che ha avuto la Sisac che ha gestito la trattativa, e del ministero della Salute e delle Regioni che hanno condiviso, nonostante le enormi difficoltà di quest'ultimo periodo, il percorso di riorganizzazione delle cure primarie con l'obiettivo di potenziare il sistema per offrire ai cittadini una sanità territoriale che sia in grado di soddisfare i loro nuovi bisogni di salute. In quest'ottica, il nuovo Acn, rispetta quanto previsto dalla riforma prevista dal Dlgs 189/2012 (legge Balduzzi), organizzando in maniera innovativa l'assistenza territoriale fornita dai medici specialisti, odontoiatri, veterinari e dai professionisti operanti in questo settore. In particolare, è stata fatta un'integrale revisione e rivisitazione di tutto l'articolato per avere una più chiara e ordinata articolazione dei vari argomenti.

Sono state definite, infatti, le nuove forme organizzative Aft e Uccp e l'incardinamento della specialistica ambulatoriale delle veterinarie e delle altre professionalità all'interno delle nuovo sistema di cure primarie, prevedendo una maggior responsabilizzazione della categoria anche mediante l'individuazione di un referente di Aft e di Uccp e fornendo al direttore generale chiari e trasparenti e democratici strumenti di individuazione, in quanto saranno proprio gli specialisti, per le Aft a individuare i candidati che possedere una adeguata formazione e preparazione professionale e gestionale.

Ma soprattutto con il nuovo Acn vi è una più chiara disciplina e trasparenza nel conferimento degli incarichi che privilegia l'attività in un'unica azienda sanitaria, con il fine

di meglio integrare gli specialisti all'interno di questa e favorendo, come già detto, l'inserimento delle nuove leve di specialisti presenti nelle graduatorie. Infatti, una volta ottenuto l'incarico a tempo indeterminato questo diventa effettivo dopo 6 mesi di prova.

Questa è una novità fondamentale e garantisce così la stabilità delle generazioni future. Nella logica di una maggiore integrazione degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti all'interno dell'azienda sanitaria pubblica, si è poi inserita anche una nuova procedura disciplinare basata su un codice di comportamento condiviso e un sistema più affidabile di monitoraggio delle prerogative, tutele e rappresentanza sindacali.

Ma come dicevo all'inizio, purtroppo, il rinnovo dell'Acn ha riguardato solo la parte normativa in quanto per legge la componente economica non poteva assolutamente essere trattata. Per questa ragione non ci è stato possibile affrontare alcuni temi che ci stanno a cuore e che saranno però dei punti irrinunciabili del prossimo rinnovo. Mi riferisco in prima istanza alla tutela della genitorialità oggi carente nel nostro Acn, e poi al miglioramento economico di medici, psicologi, biologi e veterinari che da 6 anni hanno lo stipendio bloccato. Altro tema specifico riguarda poi i veterinari per cui ci batteremo per incardinarli ancora di più nella convenzione, aspetto che non è stato possibile affrontare in questo rinnovo a causa del vincolo delle isorisorse.

Roberto Lala
segretario nazionale Sumai-Assoprof

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Ezio Mauro

L'INTERVISTA/IL GENETISTA

“Sarà utile per le terapie”

Questa è un'analisi statistica. Significa che non sappiamo esattamente perché proprio questi 150 Rna. Sappiamo solo che se troviamo certe loro combinazioni, allora la nostra vita sarà più lunga. O più breve. Giuseppe Biadenti è il direttore dell'Istituto di genetica molecolare del Cnr a Pavia, sul test di Genome Biology ha le idee chiare.

Presi uno per uno, questi 150 geni, che cosa ci dicono?

«Alcuni di loro sono geni legati ai processi di invecchiamento. Ma nell'insieme non c'è un razionale preciso. Visto con l'occhio del biologo molecolare, cioè, i ricercatori hanno trovato una specie di “magic box” di 150 oggetti facili da misurare, che presi in un modo dicono una cosa, presi in maniera opposta ne dicono un'altra».

Potrebbe comunque essere un punto di partenza.

«Certo. E intanto la biologia molecolare studia l'altro aspetto del problema, ad esempio i danni sul Dna che aumentano la fragilità dei tessuti e favoriscono l'invecchiamento».

Una sintesi dei due approcci è possibile?

«Sì. La ricerca su Genome Biology è stata fatta con metodi che oggi chiamiamo bioinformatici. È un modo nuovo di fare biologia che dà uno sguardo di insieme. E dà molte informazioni. Qui, per esempio, può darci uno spunto sulla rilevanza di questi 150 geni».

A oggi c'è un'applicazione concreta?

«In questa ricerca si propone di utilizzare il test sui 150 Rna come strumento diagnostico, ma anche di valutazione di una terapia. Se una terapia modifica l'espressione del Dna, cioè, potremmo sapere in quale senso lo fa».

(s.b.)

ORIPRODUZIONE RISERVATA



Quel test per scoprire la nostra vera età

È la nostra firma:
150 molecole costituiscono un insieme in grado di prevedere se e come l'individuo invecchierà

Basterà una goccia di sangue per rivelare cosa ci succederà nel futuro

SILVIA BENCIVELLI

Non è scritta sui documenti, ma nel Dna. E non si conta con i compleanni, ma si fa sentire attraverso eventi di quelli che nessuno ha voglia di festeggiare. È la cosiddetta età biologica, che finalmente avrebbe trovato una definizione scientifica e oggettiva grazie alla ricerca di un gruppo di scienziati inglesi, svedesi, danesi e olandesi. Il loro lavoro è pubblicato sull'ultimo numero della rivista *Genome Biology* e, al di là dei suoi aspetti tecnici, suscita già domande inconsuete: se la differenza tra età anagrafica ed età biologica potrà essere davvero misurata con precisione, e soltanto con un test su una goccia di sangue, dovremmo per esempio cambiare il nostro modo di pensare alla pensione? E che ce ne facciamo di un test che predice il rischio di invecchiare precocemente, di sviluppare, per esempio, l'Alzheimer, se non abbiamo terapie in grado di fermarla?

In pratica, gli scienziati hanno studiato una molecola che si chiama Rna, che deriva dalla trascrizione del Dna e serve a trasformare l'informazione genetica nelle proteine da cui dipendono tutte le nostre funzioni. In anni recenti si è scoperto che la trascrizione del Dna non dipende solo dal Dna medesimo, ma anche da fattori esterni e ambientali. E anche che il Dna non è espresso sempre nella stessa maniera nel tempo: mentre lui è (più o meno) sempre quello man mano che l'età avanza, l'Rna dipende dalle parti

di genoma attive in quel momento esatto della vita. Perciò studiare l'Rna o studiare il Dna non dà risultati sovrapponibili, soprattutto se stiamo studiando perché uno, visto da fuori, invecchia. Ed è l'Rna, cioè la "fotografia" dell'espressione del Dna, quello che ci interessa davvero.

Così, facendo un'analisi statistica sull'Rna delle cellule di un gruppo di settantenni in salute, i ricercatori hanno trovato una "firma" nella combinazione di 150 molecole che correlano con l'età biologica e che sono perciò capaci di prevedere se e come quell'individuo invecchierà, più o meno velocemente. James Timmons, prima firma della ricerca, alla Bbc l'ha spiegata così: «Quello che ci interessa è uno strumento in grado di identificare le persone a rischio nei successivi dieci o vent'anni e credo che sia qui che il nostro studio potrà avere un reale impatto sulle nostre vite». E un eventuale futuro test per quelle 150 molecole, da effettuarsi su una goccia di sangue, non sarà soltanto medico, né tantomeno personale.

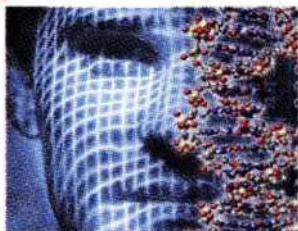
Da una parte potremmo considerare candidati al prelievo di organi persone che oggi giudichiamo anziane, ma che potrebbero essere biologicamente tanto giovani da poter donare senza problemi. Poi potremmo intervenire presto, e con migliori risultati, sulle persone predisposte alle malattie neurodegenerative, per quanto oggi siamo in grado di fare. D'altra parte, potremmo anche sentirci chiedere un'analisi del sangue prima di stipulare un'assicurazione sulla vita. Nell'insieme, però, Timmons non vede niente da temere: «veniamo tutti giudicati già adesso sulla base dell'età: questo potreb-

be diventare un modo per farlo in maniera migliore».

CRIPRODUZIONE RISERVATA



GLI STUDI



L'ANALISI 3D

Ad aprile di quest'anno uno studio cinese ha mostrato che l'età biologica si "legge in faccia", cioè che con un'analisi a tre dimensioni del volto si può intuire l'avanzamento delle malattie



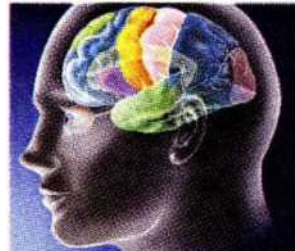
I TELOMERI

Tutte le volte che le cellule si replicano perdono un pezzetto di Dna alla fine dei cromosomi, in una regione chiamata telomero. Secondo alcuni, telomeri più corti significano vita più breve



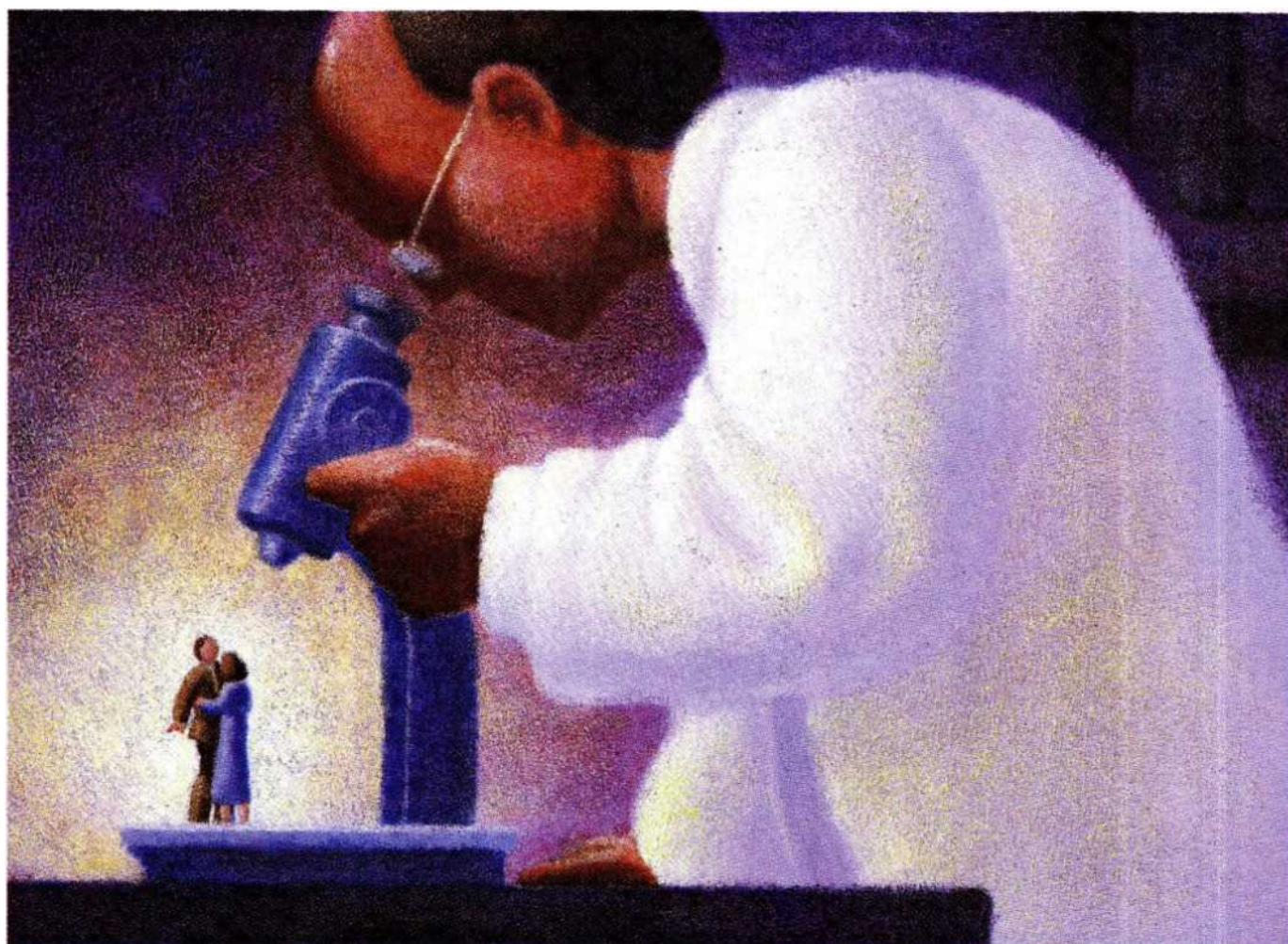
GLI ORGANI

La senescenza degli organi inizia in età giovanile, più o meno dai 26 anni. E a 38 anni anagrafici possono corrispondere 30 biologici, come 60. Lo studio è uscito quest'anno sulla rivista scientifica Pnas



L'ANNO SOLARE

Per chi invecchia più in fretta, un anno solare vale come tre anni di chi invecchia più piano. E questo invecchiamento non è solo biologico, ma anche psicologico e fisico





Più donne che uomini Sette milioni di italiani conquistati dai tatuaggi

RUGGIERO, DEGLI ANTONI
e commento di PONCHIA ■ A pagina 14

Sette milioni di italiani tatuati «Ma crescono i rischi per la salute» *L'Istituto superiore di sanità mette in guardia da allergie e infezioni*

Bruno Ruggiero
■ ROMA

È LA PRIMA istantanea di massa, con intenti scientifici, del fenomeno tatuaggi in Italia. E l'ha realizzata l'Istituto superiore di sanità in collaborazione con l'Ipr Marketing su un campione di quasi 8mila intervistati rappresentativo della popolazione dai 12 anni in su. «Per contribuire più efficacemente alla formulazione di una normativa specifica sulla sicurezza alla quale siamo chiamati a collaborare in sede europea», spiega il presidente dell'Iss, Walter Riccardi.

DAI RISULTATI emerge che la febbre per la pelle 'autografata' nel Bel Paese riguarda 7 milioni di persone, poco meno del 13% della popolazione. La molla prepotente è l'edonismo puro personalizzato, mentre non va oltre il mezzo punto percentuale la volontà di lasciarsi alle spalle una storia di interventi chirurgici e terapie mediche, e raccoglie il 3% dei consensi la scelta di occultare particolari inestetismi. Complessivamente sono più coinvolte le donne, nella misura del 13,8% delle interpellate, rispetto agli uomini (11,7%). Tra i minorenni, a dichiararsi favorevole è il 7,7%. Ed è questa percentuale ad allarmare i ricercatori: perché se collegata a quella (22%) di chi, a prescindere dall'età, pur rivolgendosi ai centri autorizzati, non ha sottoscritto il modulo del consenso informato, individua «una fetta consistente» di popolazione giovanile

fuori controllo. In generale, comunque, solo il 58,2% delle persone raggiunte dal sondaggio è genericamente informato su quelle che gli addetti ai lavori chiamano «le criticità connesse a questa pratica». La percezione dei rischi considerati più frequenti riguarda le reazioni allergiche (79,2%), l'epatite (68,8%) e l'herpes (37,4%). Mentre, bisogna scendere al 41,7% degli interessati per trovare chi si è detto «adeguatamente informato» sulle controindicazioni del tatuaggio. Eppure, questo tipo di pubblico nel 31% dei casi ha una laurea e nel 63% un lavoro.

LA MAGGIOR parte di quanti vi hanno fatto ricorso è soddisfatta del trattamento. Tuttavia, un'elevata percentuale di tatuati, il 17,2%, ha dichiarato di voler rimuovere quei segni più o meno invasivi: anzi, il 4,3% ha detto di aver già provveduto. In generale, il 76% di chi ha scelto di 'illustrare' una parte del proprio corpo si è rivolto ad un laboratorio specializzato e il 9% ad un centro estetico, ma il 13,4% ha ammesso di preferire il 'mercato nero' dei tatuatori. Gli uomini preferiscono tatuarsi braccia, spalle e gambe. Le donne soprattutto schiena, caviglie e piedi.





I numeri

7,2%

Il 7,2% dei tatuati ha tra i 12 e i 17 anni. Ben il 13,4% lo ha fatto in un centro non autorizzato. Il 76,1% invece si è rivolto a professionisti, il 9,1% a centri estetici

17%

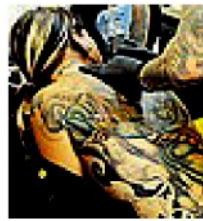
Il 17% dei tatuati è pentito di essersi decorato il corpo, soprattutto se con strane 'fantasie'. Addirittura oltre il 4% si è già sottoposto a trattamenti per cancellare un disegno che non vuole più vedere sulla propria pelle



Focus

Ecco i consigli per evitare problemi Attenzione all'igiene

Il tattoo causa una lesione della pelle, esponendo al rischio di infezioni cutanee. Gli inchiostri, soprattutto quello rosso, possono causare reazioni allergiche e gonfiore. Se l'attrezzatura usata è contaminata da sangue infetto, c'è il rischio di contrarre l'epatite B, C, il tetano e l'Hiv, cioè il virus che provoca l'Aids.



Tatoomania

Identikit dei tatuati avanzano i 40enni

di **Margherita De Bac**
e **Elena Tebano** a pagina 23

I tatuaggi a 40 anni

Non è più una passione solo dei giovanissimi
Sono 7 milioni gli italiani con l'inchiostro sulla pelle

ROMA Che li facciano i giovani è scontato. Ma che i tatuaggi godano di un successo schiacciante soprattutto fra i più maturi è una sorpresa.

È tra 35 e 44 anni che uomini e donne sentono e realizzano il desiderio di disegnarsi il corpo. Schiena, tricipiti, polsi e polpacci ricoperti di aironi, cuori, draghi, putti che scoccano frecce, nomi e date o segni tribali. Il 30% dei circa 7 milioni di tatuati (il 12,8% della popolazione) arrivano al piacere delle decorazioni sulla pelle quando gli anni della spregiudicatezza sono tramontati.

Anche i ricercatori dell'Istituto superiore di sanità che hanno lavorato sulla prima indagine italiana condotta con metodo scientifico sono rimasti di stucco di fronte ai risultati. Lo studio è stato elaborato sulla base di risposte a questionari somministrati a 7.608 intervistati dai 12 anni in su, per telefono o per via elettronica, da Ondico, l'organismo che all'interno dell'istituto presieduto da Walter Ricciardi si occupa di dispositivi medici e cosmetici. Tra i dispositivi rientrano i tatuaggi utilizzati per fini medici, ad esempio coprire le conseguenze di un intervento chirurgico.

Il fenomeno è più diffuso tra le donne — 13,8% — rispetto agli uomini. Il primo «tim-

bro» è a 25 anni mediamente ma è tra 35 e 44, appunto, che si registra il picco. Un milione e mezzo di persone hanno tra 25 e 34 anni. Tra i minorenni la percentuale si abbassa al 7,7%. Alberto Renzoni, tecnologo, uno dei ricercatori che ha lavorato sull'indagine, ricorda sorridendo la scheda di un nonno che si è fatto pigmentare una piccola parte dell'epidermide accompagnata dai nipoti.

Le sorprese non finiscono qui. Non ci si aspettava infatti che le motivazioni dei tatuati si fossero profondamente modificate. Inizialmente la mania è nata per esprimere ribellione, anticonformismo, trasgressione. Oggi invece 3 su 10 dichiarano di sottoporsi all'ago perché «mi piace», il 27% per immortalare dati e nomi, il 9% perché è di moda e solo il 4% per trasgressione.

Probabilmente anche la percezione negativa da parte dell'opinione pubblica si è ammorbidita e liberata di pregiudizi. Chi si presenta al lavoro con le braccia coperte di ghirigori non viene messo all'indice come un tempo.

Il 66% degli intervistati dichiara un unico tattoo, il 26% da due a tre, il 4,8% da quattro a cinque e il 2,5% più di cinque. Viene da chiedersi come mai un istituto di ricerche in sanità pubbli-

ca abbia voluto dedicarsi a uno studio del genere: «È un periodo in cui si discute molto di una normativa europea che elimini le disomogeneità. In Italia c'è differenza perfino tra le regioni. Bisognava dunque censire il fenomeno e verificare il livello di consapevolezza dei cittadini», dice Renzoni.

E di consapevolezza ce n'è? «Sembra assurdo ma molti non sanno che tatuarsi comporta rischi di reazioni allergiche e di contrarre malattie infettive gravi a cominciare dall'epatite. I colori, ad esempio il rosso, sono meno tollerabili del bianco e nero. Segni indelebili, da tenersi a vita».

Dodicimila italiani ogni



anno cercano di cancellarli ricorrendo alla medicina estetica, con risultati deludenti. L'ombra resta nella maggior parte dei casi.

Molte differenze tra gli operatori. La Toscana richiede 600 ore di formazione prima di rilasciare il patentino ai dermopigmentatori, altrove sono sufficienti corsi di una settimana. All'inizio di agosto il [ministero della Salute](#) ha lanciato l'allarme sui prodotti in seguito a controlli dei Nas (Nucleo antisofisticazioni dei carabinieri). Il 18% delle sostanze usate per arabescare la pelle è contaminato da microbi e funghi.

Secondo dati recenti, il 76% dei tatuati si è rivolto a centri specializzati, il 9,1% a un centro estetico e il 14,4% al di fuori di laboratori autorizzati. Da queste evidenze, i consigli. Primo: rivolgersi a personale in possesso dell'idoneità igienico-sanitaria che lavora in una struttura autorizzata. Secondo: pretendere di leggere il consenso informato contenente informazioni sul tipo di inchiostri utilizzati che devono essere sterili, privi di tossicità e essere conservati in materiali monouso. Terzo: rivolgersi subito al medico se durante la successiva fase di cicatrizzazione si avvertono fastidi. Quarto: l'operatore deve indossare camice, maschera e guanti usa e getta. Quinto: evitare di incidere date e nomi, specie se di fidanzati o fidanzate. Se il partner cambia, sono guai.

Margherita De Bac

mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli stili



Tribali

Diffusi a partire dagli Anni 90 con l'inizio della moda di massa dei tatuaggi, si ispirano ai disegni astratti tradizionali degli indigeni del Pacifico. Sono per lo più monocromatici e spesso le linee enfatizzano le forme del corpo



Old style

Coloratissimi, si rifanno alla tradizione europea e americana. Raffigurano rose, pugnali, cuori, pin up e simbologie marittime, spesso re-interpretate in chiave ironica o usando tecniche giapponesi



Lettering

Invece che disegni prevedono parole o frasi. Possono essere scritte in vari modi e in diverse lingue ma anche in numeri romani. Di solito «registrano» il nome di partner e familiari, versi e date

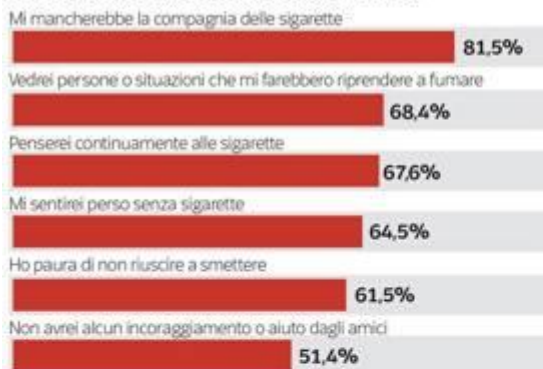
<http://www.corriere.it/salute/>

Sigarette addio (in cambio di denaro)

Rimangono molto numerosi coloro che non riescono a resistere al fumo. Così, per esempio negli Stati Uniti, si sperimentano «innovative» forme di incentivazione di Vera Martinella

L'INDAGINE

CHE COSA TRATTIENE DAL PROVARE A SMETTERE



Fonte: Indagine Doxa-OssFAD 2015 su un campione di 634 fumatori

IN ITALIA



Fonte: OssFAD 2015; Università Cattolica Roma, 2011; Comm. Europei, 2007

IL TEST - SEI DAVVERO MOTIVATO?

A ogni domanda corrisponde un punteggio da sommare

Quanto è importante per te smettere di fumare?	Perché desideri smettere di fumare?		
Disperatamente importante	4	Perché la mia salute ne sta già soffrendo	5
Molto importante	3	Perché sono preoccupato della mia salute futura	4
Abbastanza importante	2	Perché fumare costa troppo	3
Non molto importante	1	Perché sono spinto da altri	2
		Per la salute della mia famiglia	1
Quanto ritieni siano alte le probabilità di riuscire a smettere?		Quanto sei determinato a smettere?	
Estremamente alte	6	Estremamente determinato	4
Molto alte	5	Molto determinato	3
Abbastanza alte	4	Abbastanza determinato	2
Non molto alte	3	Non del tutto determinato	1
Basse	2		
Molto basse	1		

RISULTATI (sul punteggio totale)

da 4 a 6 MOTIVAZIONE BASSA Non hai ancora considerato seriamente di smettere di fumare	da 11 a 14 MOTIVAZIONE ALTA Hai dei momenti nei quali sei più deciso a smettere di fumare
da 7 a 10 MOTIVAZIONE MEDIA Stai valutando sia i benefici dello smettere che i rischi del fumare	da 15 a 19 MOTIVAZIONE MOLTO ALTA Sei pronto a smettere di fumare

Fonte: Guida pratica "Smettere di fumare", OssFAD-Iss, Ministero della Salute, 2013

Offrire incentivi economici, bonus o buoni acquisto di vario genere potrebbe essere un metodo efficace per convincere i fumatori a dire addio al tabacco? Nella comunità scientifica, la questione è ormai aperta, ma ancora molto dibattuta. In America e in Gran Bretagna sono già state fatte diverse sperimentazioni e gli esiti sembrano positivi.

Il 30% non riesce a smettere

Prima di farne una questione di principio, occorre partire da un dato di fatto: il fumo continua a essere la prima causa di morte evitabile in tutto l'Occidente e uccide ogni anno solo in Italia

più di 70mila persone. Non solo: «Undici milioni di italiani continuano a fumare e il numero non diminuisce - spiega Roberta Pacifici, responsabile dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (Ossfad) dell'Istituto superiore di sanità -. Da più di cinque anni siamo praticamente in una situazione di stallo: non riusciamo né a far calare in modo significativo il numero di quanti iniziano, né a far aumentare il numero di quelli che riescono a smettere». I dati Ossfad indicano chiaramente che da anni il 30% dei tabagisti cerca di smettere senza successo. «E la situazione è aggravata dal fatto che, in media, i nuovi fumatori iniziano a 18 anni e smettono verso i 42, accumulando quindi, sempre in media, più di 20 anni di danni - aggiunge Pacifici -. Di fronte a questo panorama, ogni soluzione che ci aiuti a raggiungere l'obiettivo va presa in considerazione».

Il sistema «smetti&vinci»

Certo servono studi scientifici che valutino e indichino come procedere. In quest'ottica vanno letti i diversi tentativi in atto soprattutto negli Stati Uniti, dove il sistema «quit&win» (smetti&vinci) viene già utilizzato per spingere l'elevato numero di obesi a perdere peso. Una delle sperimentazioni più recenti e più numericamente significative ha coinvolto oltre 2.500 persone seguite per sei mesi: a un gruppo è stato chiesto di depositare inizialmente 150 dollari che sarebbero poi stati resi, con l'aggiunta di un premio di 650 dollari, a chi avesse concluso con successo il programma di disassuefazione dal fumo; ad altri non è stata chiesta alcuna «cauzione», ma è stato solamente offerto un premio finale di 800 dollari in caso di riuscita. A tutti, comunque, sono stati proposti sostegno gratuito con personale qualificato e la terapia sostitutiva della nicotina per attenuare i sintomi dell'astinenza. I risultati dello studio, pubblicati sul *New England Journal of Medicine*, mostrano che i maggiori successi sono stati ottenuti fra quanti avevano dato la cauzione: a sei mesi aveva smesso il 52,3% dei tabagisti del primo gruppo, contro il 17% del secondo. D'altro canto bisogna tenere conto che, in fase di arruolamento, molte persone hanno rifiutato di partecipare al programma dovendo anticipare dei soldi.

Buoni-shopping a donne incinte

«Sono esiti interessanti - commenta l'oncologo Umberto Veronesi, da sempre impegnato nella lotta al fumo -. Visto che siamo di fronte a un problema mortale e difficile da risolvere, ogni tentativo va valutato. Se i premi, in denaro o di altro tipo, possono aiutare perché scartarli? Proibizionismo e terrorismo non funzionano, allora tentiamo». È possibilista anche Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri: «Credo che si dovrebbe puntare di più sull'aumento del prezzo delle sigarette, su divieti in parchi, stadi e locali all'aperto - dice - e sull'inserimento a carico del Servizio sanitario dei farmaci che

aiutano a smettere di fumare, così da renderli gratuiti per i pazienti. Ma l'incentivo economico può essere comunque una soluzione per casi estremi, come ad esempio le fumatrici in gravidanza e in allattamento». A questo proposito, esperti dell'Università di Cambridge e del King's College di Londra hanno condotto un esperimento con 239 fumatrici incinte residenti alla periferia di Chesterfield (considerata molto povera), offrendo loro buoni-shopping di valore crescente man mano che superavano i controlli periodici. Il test voleva verificare se i voucher fossero una spinta efficace per smettere di fumare e quante donne avrebbero mentito per avere i buoni. Gli esiti sono stati giudicati incoraggianti: sei donne su dieci hanno ricevuto almeno un tagliando, dimostrando di voler provare a smettere di fumare; una su 5 ha smesso fino alla nascita del bimbo e 25 fino a sei mesi dopo il parto. Solo il 4% ha tentato di barare.

I danni: dai tumori all'ictus

Il tabacco è da solo responsabile del 90% dei casi di cancro al polmone, la prima causa di morte per tumore in Italia con circa 40 mila nuovi casi (di cui 10 mila riguardano donne) e 32 mila decessi l'anno. Meno noto, ma non meno pericoloso, è il legame diretto fra fumo e tumore della vescica, che nel 70% dei casi colpisce un tabagista. E l'elenco dei danni è ancora lungo, con altre migliaia di casi di diverse neoplasie (stomaco, fegato, bocca, laringe, faringe, pancreas, ad esempio) per le quali la relazione è ormai certa da anni. Il fumo fa poi lievitare la possibilità di danni al cuore e al sistema circolatorio, favorendo patologie come ictus, arteriosclerosi e malattie vascolari periferiche. E a questo va aggiunta un'altra serie di malattie respiratorie: dalla broncopneumopatia cronico ostruttiva (Bpco), destinata a diventare la terza causa di morte a livello mondiale, a bronchiti e polmoniti.



adnkronos
salute

○ 8 settembre 2015

○ NUMERO 133 | ○ ANNO 9

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Gb, da novembre restrizioni per 23 farmaci anti-cancro ***Le conseguenze dei tagli al fondo speciale per i medicinali***

Effetto tagli alla spesa sanitaria anche nel Regno Unito: migliaia di malati di cancro non avranno più accesso a una serie di farmaci in grado di allungare la loro vita, perché troppo costosi. E' il risultato della razionalizzazione annunciata per il Fondo farmaci del Servizio sanitario inglese (Nhs): 23 diversi trattamenti per cancro di seno, colon, prostata e altri organi cesseranno di essere finanziati a partire da novembre di quest'anno. Tra gli 8 farmaci eliminati del tutto, il trattamento contro il tumore della mammella Kadcyla, che può estendere la vita in media di 6 mesi, ma costa un 90.000 sterline l'anno per paziente. Altri prodotti rimarranno invece accessibili tramite il fondo, ma solo per determinati tipi di neoplasia o stadi di malattia. Ad esempio, Avastin rimarrà

disponibile per il cancro ovarico e alcuni altri tipi di tumore, ma non sarà più utilizzabile per il tumore della cervice uterina, del seno o dell'intestino. Tutti i pazienti attualmente in cura con queste terapie continueranno a riceverle, ma da novembre i nuovi pazienti non potranno avere accesso alle cure tramite il fondo. Il Cancer Drugs Fund è stato istituito dal governo di coalizione britannico nel 2011 per pagare i farmaci ritenuti troppo costosi dal National Institute of Health e cura Excellence (Nice). Inizialmente fissato in 200 milioni di sterline, il suo finanziamento annuale è aumentato a 340 milioni quest'anno, ma dal 2015-2016 si prevede uno sfioramento di 70 milioni. Già a marzo scorso erano stati 'decurtati' 35 trattamenti anticancro.