

Progetto europeo a Verona

I robot chirurgici diventano intelligenti

Biopsie, incisioni e suture fatte dai robot. Senza bisogno del chirurgo. Mini interventi programmati prima dell'intervento e che il «bisturi automatico» fa poi da solo. Fino ad arrivare a interventi a distanza, in situazioni estreme, abbinando l'intelligenza artificiale alla telechirurgia. Fantascienza? No, secondo l'Università di Verona: dal primo marzo lavorerà proprio a un progetto con tali obiettivi. Si chiama I-Sur ed è finanziato dalla Comunità europea con 3.929.667 euro. Durerà 42 mesi. È una nuova frontiera: quella dei robot chirurgici intelligenti. Dalla completa automazione, a cominciare da piccoli interventi. I chirurghi si focalizzeranno sugli aspetti più delicati dell'intervento e lasceranno alle nuove tecnologie semplici compiti come suture e incisioni. Si potranno anche migliorare precisione e velocità e incorporare i compiti automatici nei sistemi di telechirurgia, dove il chirurgo non può essere accanto al paziente, come nel caso di calamità naturali. La ricerca è coordinata da Paolo Fiorini, del dipartimento di Informatica veronese. Il progetto prevede anche nuovi design e interfaccia, lo studio di parametri per constatare il successo e per testare se i metodi utilizzati rispettano i requisiti di sicurezza, e l'approfondimento dei risvolti legali dei «bisturi intelligenti». E perché no, si può arrivare a migliorare prestazioni ed efficienza senza far aumentare i



I-Sur I test a Verona

costi operativi. I robot in chirurgia sono stati introdotti per la prima volta come guida per gli interventi di neurochirurgia e più tardi sono stati utilizzati per laparoscopie, prostatectomie e in chirurgia ortopedica. Attualmente in chirurgia non vengono utilizzati strumenti automatici, con l'eccezione delle cucitrici, che non hanno sensibilità né autonomia, e di alcuni strumenti per il filtraggio del tremore delle mani. I robot chirurgici per gli interventi poco invasivi (come il Da Vinci) riproducono i movimenti del chirurgo tramite un joystick e danno la possibilità di avere un feedback esclusivamente su video. I-Sur vuole andare oltre, a un sistema realmente automatico. E a Verona credono sia possibile. Insieme al dipartimento di Informatica diretto da Carlo Combi, a I-Sur lavoreranno Claudio Bassi (chirurgia generale) e Giovanni Meruzzi (diritto commerciale), per gli aspetti giuridici e legali.

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RIPARTO 2011**Regioni spaccate sui fondi***L'introduzione dell'indice di povertà divide Nord e Sud*

Nulla di fatto nella "tre giorni" dei governatori della scorsa settimana per cercare un'intesa sul riparto del fondo 2011 e tutto rimandato alle prossime riunioni. L'indice di deprivazione divide le Regioni tra il fronte del Sud (ma non solo) che ne pretende l'introduzione e chi vorrebbe dare invece più peso all'età anche degli over 75.

A PAG. 6

Slitta l'accordo dei governatori sui nuovi criteri da adottare per il fondo sanitario 2011

Bloccata l'intesa sul riparto**Muro contro muro sull'indice di deprivazione: il Sud compatto non cede**

È l'indice di deprivazione il granello di sabbia nell'ingranaggio ormai rodato con cui i governatori negli ultimi tre anni si sono accordati sulle cifre finali del riparto del fondo sanitario. Così, per quello 2011, la scorsa settimana la "tre giorni" dei presidenti delle Regioni si è conclusa con un nulla di fatto e un rinvio per ora senza conseguenze negative perché il riparto non è stato messo all'ordine del giorno della Stato-Regioni (se ne riparlerà a fine febbraio) e non sono scattati quindi i trenta giorni dopo i quali il Governo può procedere d'ufficio con la proposta del **ministero della Salute**.

«Il criterio della deprivazione - ha detto il governatore del Veneto, **Luca Zaia** - non ha evidenza scientifica e cambia le regole del gioco. Siamo disponibili a un impegno affinché il riparto non sia una guerra tra poveri ma se ci sarà la deprivazione da parte nostra non arriverà l'intesa». «Non abbiamo bisogno di solidarietà ma di condivisione», ha replicato il presidente della Calabria, **Giuseppe Scopelliti**, secondo il quale «bisogna mettere da parte "supponenza e arroganza" e provare sempre più a trovare i motivi per dialogare. Ci sono 10 Regioni che hanno condiviso una posizione e non si può fare finta di niente. Abbiamo inaugurato una stagione nuova di politici del Sud con la schiena dritta, è bene che qualcuno lo comprenda». **Stefano Caldoro** (Campania) rincarava la dose: «Manteremo unito il fronte del Sud, non chiediamo misure assistenziali ma criteri oggettivi per non penalizzare i nostri territori con carenze strutturali». E **Romano Co-**

lozzi, assessore al Bilancio della Lombardia e coordinatore degli assessori alle Finanze ha aperto uno spiraglio, ma per i prossimi anni, alla deprivazione, raccomandando di tenere ben separati i discorsi su riparto e federalismo fiscale che molti governatori invece ritengono legati a doppio filo. Ma **Vasco Errani**, presidente dei governatori, assicura: «Anche se la situazione è difficile, nessuno ha rinunciato a un accordo». L'ultima proposta sul tavolo (respinta anch'essa) dopo le sei con cui i tecnici si sono presentati alla "tre giorni" (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 6/2011) è un mix tra una nuova ipotesi delle Marche di prevedere ulteriori fasce di anziani

over 75 e di pesare la farmaceutica secondo i pesi Osmed e quella dell'Emilia che pesa metà dell'ospedaliera per età e per il 10% anche in base alla deprivazione. Ma anche mettendo sul piatto i 347,5 milioni (quelli della copertura fino a maggio del ticket sulla specialistica), già indicati dai tecnici come unica somma "reale" su cui contare, la situazione finale è rimasta esplosiva, con Regioni che rispetto ai fondi incassati lo scorso anno sono ancora "sotto": alla Liguria mancherebbero oltre 82 milioni. Da parte del Governo il ministro **Ferruccio Fazio**, nel difendere i criteri di riparto del ministero, senza deprivazione, non entra nel merito ma, ha affermato «farò le mie considerazioni quando le Regioni avranno parlorito quello che mi auguro non sarà un topolino».

Allo studio nuove proposte tecniche**Red.San.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Progetto Ict» di Confindustria per il decollo dell'e-health: dalla telemedicina alla ricetta digitale

I risparmi della salute elettronica

Per il servizio pubblico spese ridotte di 12 miliardi - Riva: «Ora tocca alla politica»

Con l'introduzione a tutto campo dell'e-health, il Ssn risparmierà l'11,7% di spesa: 12,4 miliardi. Per ottenere questo risultato è necessario sviluppare un progetto Ict che punti su telemedicina, fascicolo elettronico, ricetta digitale e servizi clinici e amministrativi informatizzati in grado di razionalizzare ospedali, farmaci e territorio. E per realizzarlo è necessaria una "piattaforma" regionale di servizi che abbia però le stesse caratteristiche su tutto il territorio nazionale. Sono questi i cardini del «Progetto Ict nella Sanità» elaborato dal Comitato Sanità e dalla Commissione servizi e tecnologie di Confindustria.

A PAG. 2-5

CONFINDUSTRIA/ Progetto dell'associazione degli industriali per l'Ict nel settore della salute

L'e-health risparmia 12 miliardi

Modello basato su evidenze nazionali e internazionali - Due anni per l'attuazione

L'introduzione dell'e-health vale per il Ssn l'11,7% di spesa in meno: 12,4 miliardi di risparmio rispetto alle assegnazioni 2011 di 106,5 miliardi. Per ottenere questo risultato è necessario sviluppare un progetto che punti su servizi innovativi di supporto per il sistema sanitario regionale e, in particolare, sullo sviluppo dell'assistenza territoriale. E per realizzarlo è necessaria una "piattaforma" regionale di servizi Ict divisi in servizi "verticali" e "trasversali" (si vedano pagine 4-5). I primi si occupano di ambiti specifici di operatività del sistema sanitario e sono le componenti "core" della piattaforma attraverso cui si indirizzano gli obiettivi di innovazione. I secondi riguardano gli aspetti più tecnologici, fondamentali per abilitare i servizi verticali, garantendo la sicurezza dei dati, l'interoperabilità delle funzioni e l'accessibilità dei servizi.

Questo il cuore del «Progetto Ict nella Sanità», elaborato congiuntamente dal Comitato Sanità e dalla Commissione servizi e tecnologie di Confindustria, che a fine gennaio il ministro dell'Innovazione ha preso come riferimento per sottolineare la necessità, le opportunità e i vantaggi della digitalizzazione del Ssn (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 4/2011).

Il progetto, secondo l'analisi di Confindustria, si articola nell'arco di due anni, diviso in tre fasi di cui due della durata di sei mesi e una di un anno (si vedano pagine 4-5).

Nella valutazione costi-benefici il progetto si è basato sull'analisi di una serie di best practice interna-

zionali (studio "Best demonstrated practice e-health impact", commissionato dalla Commissione europea a Booz Allen Hamilton nel 2005) e nazionali che hanno consentito alla fine una simulazione degli effetti su tre Regioni differenti tra loro: Piemonte, Marche e Campania (si veda articolo in fondo alla pagina), confermando la tesi iniziale di un risparmio ottenibile con l'e-health dell'11% di spesa.

In particolare l'attenzione è stata focalizzata sulle 100 "top best demonstrated practices" sull'e-health impact della Comunità europea (gli esempi principali sono riportati nella tabella a pagina 3), sul progetto "Canada health Infoway" (un'organizzazione indipendente no profit, i cui membri sono i 14 ministeri della Salute territoriali, provinciali e federali che ha pianificato lo sviluppo di un electronic health information systems sul 50% della popolazione canadese per fine del 2009 e sta studiando anche l'implementazione a



livello nazionale di una soluzione completa di telehealth) e a livello nazionale sul progetto del "Sistema informativo socio-sanitario (Siss)" della Lombardia. Che praticamente solo sviluppando l'anagrafe dei cittadini e la ricetta elettronica ha portato a casa un risparmio del 2% sulla spesa sanitaria totale.

L'analisi del sistema lombardo si riferisce al progetto Crs-Siss (Carta regionale dei servizi - Sistema informativo socio-sanitario). Il Siss consente il collegamento telematico tra gli operatori sanitari della Regione e prevede un insieme di servizi per i cittadini e per gli operatori. Al Sistema si accede attraverso due carte personali, dotate di microprocessore: la Carta Siss (di colore blu) per gli operatori socio-sanitari e la Carta regionale dei servizi (Crs) per i cittadini. L'ambito della pianificazione e del governo della spesa sanitaria è quello più informatizzato dal Siss secondo tre componenti principali: la gestione in maniera completamente elettronica della prescrizione sanitaria, l'anagrafe regionale sanitaria che abilita all'utilizzo dei dati anagrafici gli aventi diritto all'assistenza su tutto il territorio lombardo e riduce gli errori per il disallineamento tra basi di dati diverse, i flussi di "debito informativo telematico" (Dit) per il rendiconto delle prestazioni sanitarie.

Ed è l'analisi delle "best demonstrated practice" che ha permesso a Confindustria di stimare in circa l'11,7% i risparmi lordi sulla spesa sanitaria nazionale ottenibili con lo sviluppo di un modello di e-health.

La valutazione del risparmio netto deve poi considerare il costo dell'innovazione, stimato in circa il 3% della spesa attuale del Ssn. Il risultato netto è un risparmio dell'8,7% (9,3 miliardi).

Il valore dell'11,7% di risparmio, secondo Confindustria, è quello che deriva da uno scenario medio delle best practice. Il range di variazione possibile tra uno scenario "conservativo" e uno scenario "ottimistico" è tra il 9 e il 13%. L'ipotesi di budget per una regione media è stata considerata nello studio in una situazione "a regime" al 2016 considerando le tendenze di crescita della spesa del sistema sanitario secondo le analisi della Ragioneria generale dello Stato.

Nella valutazione sono stati fissati alcuni presupposti per lo scenario di riferimento, i cui singoli valori di risparmio compongono la stima globale:

- piena informatizzazione del dato (Ehr esteso al 100% degli stakeholder, 100% esami digitalizzati; informatizzazione totale dei processi ospedalieri): beneficio atteso 1,3% della spesa;

- risk management e "decision support" (Dss, un

sistema software di supporto alle decisioni), completa realizzazione di teleconsulto, e-prescribing e percorsi di cura, Cdss (clinical decision support system), Cpoe (computerized physician order entry), farmaco monodose: beneficio atteso 2,9% della spesa;

- gestione delle patologie croniche (telesupporto applicato al 100% dei malati di diabete, cardiovascolari, asma, al 25% di malati di neoplasie e al 20% malati Bpco; telecontrollo applicati al 100% di asmatici, 30% di cardiovascolari e insufficienza renale, 25% di neoplasie, 20% di Bpco, 37% di diabetici): beneficio atteso 4,4% della spesa;

- telemedicina territoriale applicata a: 100% disabili, 100% malattie degenerative del sistema nervoso, 15% anziani (anziani in disagio, non compresi in altre categorie): beneficio atteso 2,4% della spesa.

L'applicazione piena dell'e-health porta poi, secondo lo studio, oltre ai benefici economici anche una serie di benefici non monetizzabili (verificati sulla base di uno studio elaborato da Cefriel - Centro di ricerca e formazione nei settori Ict - e Cergas Bocconi nella Regione Lombardia). Il loro impatto è medio-alto e riguarda a livello di Regione l'aumento del potere di negoziazione rispetto al governo e alle aziende, il miglioramento dell'immagine presso i cittadini e quello della qualità dei dati per attività di programmazione, prevenzione e analisi della domanda sanitaria.

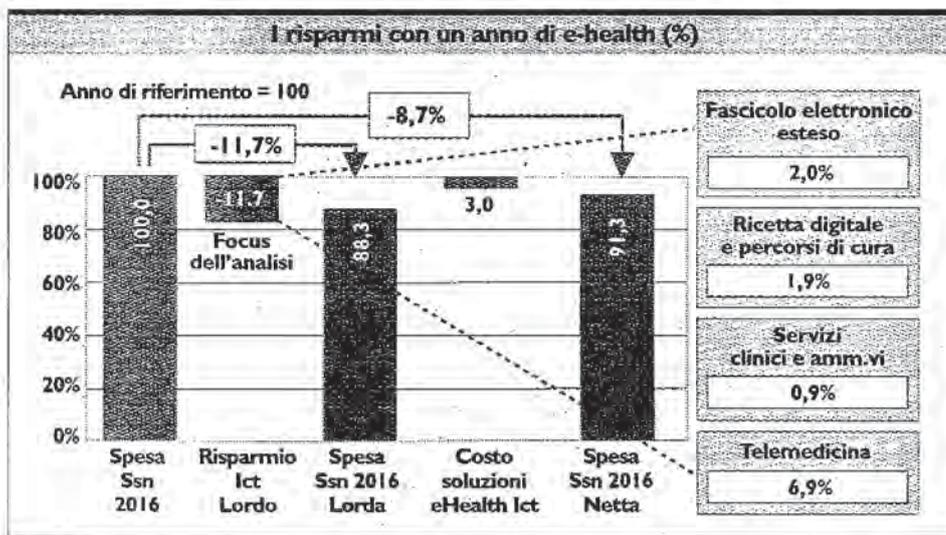
Anche a livello di Asl c'è il miglioramento di immagine presso i cittadini e poi quello della qualità dei dati per analisi epidemiologiche e dei dati per le attività preventive.

Nelle aziende ospedaliere l'e-health ha effetto sulla riduzione delle liste d'attesa, l'aumento della trasparenza delle agende, il miglioramento della tutela di privacy e sicurezza dei dati sanitari e anche in questo caso sull'immagine dell'azienda.

Benefici anche per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta nelle loro attività di supervisione e controllo, nella fidelizzazione del paziente e nell'aumento del know-how e ancora per le farmacie con la loro legittimazione e affermazione del ruolo istituzionale e, infine, per i cittadini che migliorano la customer satisfaction e la fiducia nel Ssr.

pagine a cura di
Marzio Bartoloni
Paolo Del Bufalo
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I risparmi del sistema sanitario digitale lombardo

	Area pilota Crs-Siss	Italia	
Mmg/Pls	1.769	54.004	Unità
Risparmi	21,2	647,19	mln euro
Asl	4	180	Unità
Risparmi	6,5	198,43	mln euro
Ao	6	97	Unità
Risparmi	67,5	1.091,3	mln euro
Totali	95,2	1.936,9	mln euro

I risparmi ottenibili dalla digitalizzazione del sistema sanitario (ricetta elettronica, anagrafe regionale, rendiconto delle prestazioni), basati sulla proiezione su base nazionale dello studio di uno dei casi di successo (Siss), rappresentano approssimativamente il 2% della spesa sanitaria. Nel sistema non sono state ancora implementate tutte le voci del complesso dell'E-health utilizzate nel calcolo del risparmio complessivo.

Alcuni esempi di best practice internazionali

Regione	Tipologia soluzione	Nome progetto
Spagna	Ehr	Ykonos Project
	Telemedicina	Telif
Francia	Telemedicina	Health Buddy
	Ehr	Coherence
	Ehr	Istitute Curie
Svizzera	Ehr	Ocdd
Norvegia	Ehr	Blood Donator Booking
Belgio	Ehr	Kind en Gezin
Olanda	Telemedicina	Thrombosis Logbook
Uk	Ehr	Nhs Direct
Danimarca	Ehr/e-prescribing	MedCom
Germania	Cdss	Medical Order center
	Ehr	Electronic GesundheitsCard Europe
	Telemedicina	HealthService24
Svezia	Telemedicina	Radiology Consultation Between Sweden & Spain
	Cdss	Siemens Mellor Epr
	Ehr	Sustains III
	e-prescribing	Apoteket and Stockholm County
	Telemedicina	Council Klamydia.se
Polonia	e-prescribing	Start Silesia
Rep. Ceca	Ehr	Izip
Grecia	Ehr/Telemedicina	Frontis
Cipro	Telemedicina	Ditis

 Parziale: non tutte le funzionalità della soluzione sono state realizzate
 Parziale di specialità: realizzazione parziale solo per alcune tipologie di pazienti
 Completa

Fonte: elaborazioni su Best demonstrated practice e-health impact (Booz Allen Hamilton 2005)

LE SIMULAZIONI IN TRE REGIONI

Campania, Marche e Piemonte alla prova

Dodici miliardi di risparmi per il nostro Servizio sanitario sono una bella cifra. Soprattutto se si tratta di numeri non campati in aria, ma stimati su di un modello basato su una serie di best practice e soprattutto verificato in tre «business case» tutti italiani. L'esercizio realizzato dallo studio di Confindustria è stato, infatti, anche quello di applicare su tre Regioni significative - Campania, Marche e Piemonte - il modello sperimentale di e-health. Un modo questo per vedere se è vero che con dosi massicce di telemedicina, e-prescribing, fascicolo sanitario elettronico esteso e condivisione di servizi clinici e amministrativi, è possibile davvero fare risparmio. Simulazioni sul campo, queste, fatte - numeri alla mano - e basate, a esempio, sull'introduzione della «remotizzazione delle visite croniche» oppure delle prescrizioni elettroniche più efficienti per esami e visite. E ancora sull'impatto dell'abolizione dei certificati cartacei o dell'informatizzazione dei servizi amministrativi.

In particolare per i costi si è ipotizzato - spiega lo studio - l'investimento più significativo nei primi due anni, mentre per i successivi l'incidenza delle spese è rappresentata dai costi operativi per manutenzione, aggiornamento e servizi informatici forniti da terzi. La parte prevalente dei costi sono i servizi professionali (92,4%) che includono gli sviluppi della parte iniziale del progetto e le spese operative ricorrenti. L'hardware incide per l'1,5% e il softwa-

re per il 6 per cento. Per i benefici sono state prese a riferimento le spese sanitarie delle Regioni al 2004 e tutti i valori sono attualizzati per rendere influente l'anno di spesa considerato. La curva dei benefici cresce più in fretta all'inizio per cui già al terzo anno i benefici di fase I raggiungono il 48% e una crescita più graduale negli anni successivi sino a raggiungere il 100% all'ottavo anno di progetto. L'incidenza lorda complessiva a regime dei benefici è dell'11,1% in linea con le considerazioni generali.

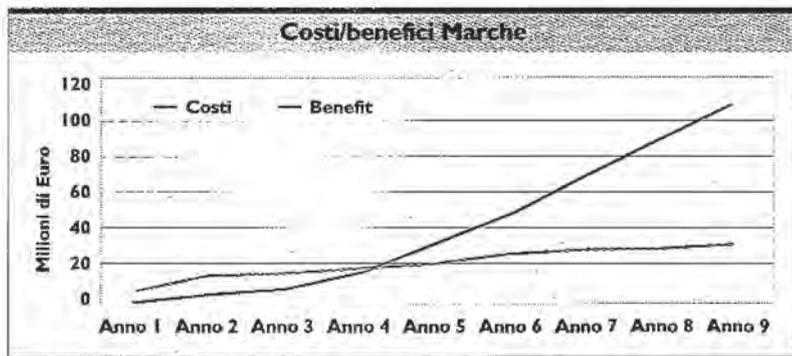
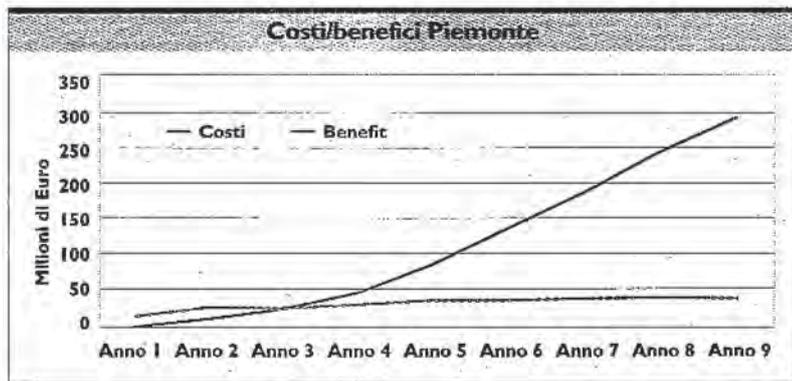
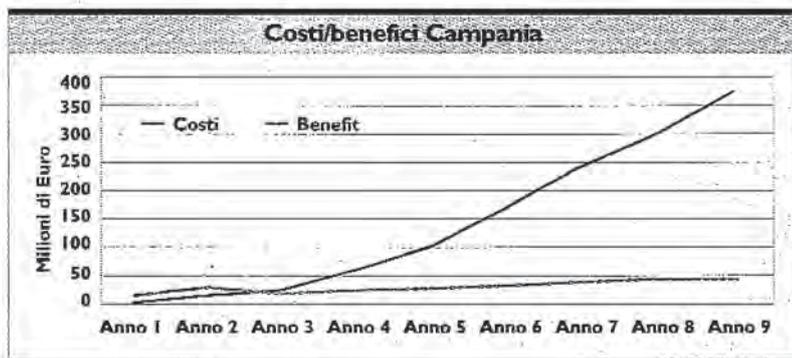
Per quanto riguarda la Campania «la curva dei benefici porta a un punto di avvio del risparmio al terzo anno e quello lordo a regime è di circa 72 milioni: 11,1% della spesa dell'Asl tipo nel 2004, 649 milioni per l'intera Regione. Considerando comunque che i costi operativi a regime sono lo 0,57%, il risparmio netto è di circa il 10,5 per cento.

Anche per il Piemonte il risparmio parte al terzo anno e quello lordo a regime è circa di 57 milioni. In pratica l'11,1% della spesa della Asl tipo nel 2004 e 513,7 milioni per l'intera Regione. Considerando, inoltre, che i costi operativi sono il 7%, il risparmio netto è di circa il 10,4 per cento.

Infine per il caso Marche il risparmio parte, invece, dal quinto anno. Operando su una realtà di Asl tipo più ridotta, cioè prima del 2008 quando l'Asl è diventata unica, il risparmio netto è un po' più contenuto: il 9,4 per cento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Parametri dimensionamento Asl tipo

	Campania	Piemonte	Marche
Abitanti	443.547	196.430	115.872
Ospedali	5	2	3
Farmacie	12	7	4
Ospedalieri	753	376	210
Mmg e Pls	402	179	108

Alcuni vantaggi nelle Regioni

Telemedicina	
Riduzione giorni medi di degenza	2,4
Visite/anno evitabili per paziente cronico	10
Ricetta elettronica (e-Prescribing)	
Mmg/Pls: riduzione % esami e visite mediche non necessarie	15
Ospedale: riduzione % esami e visite mediche non necessarie	8
% risparmi con e-Prescribing	10
Accelerazione % incidenza farmaci generici	6
Fascicolo elettronico (Ehr) esteso	
Riduzione % ricoveri inappropriati	4,5
Riduzione % esami ripetuti annui	2
Riduzione % esenti inappropriati	5
Incremento % cittadini raggiunti da prevenzione	300
Riduzione tempo medici e infermieri per mansioni amministrative per degenza	6 minuti
Innalzamento % certificati disponibili on line	23
Risparmio per certificato cartaceo evitato	15 euro
Servizi clinici	
Riduzione % eventi avversi da errate prescrizioni	15
Servizi amministrativi	
Informatizzazione condivisa: ottimizzazione % costo totale	12
Aumento % efficienze da azioni correttive	5

GUIDO RIVA, PRESIDENTE DEL COMITATO TECNICO SANITÀ DI CONFINDUSTRIA

«La decisione ora è solo politica»



La salute elettronica è in grado di far risparmiare davvero al Ssn 12 miliardi, migliorando la gestione dei servizi e la qualità dell'assistenza: farla decollare è solo una scelta politica. Anche dal punto di vista dell'investimento iniziale la strada è in discesa: le imprese sono pronte al partenariato pubblico-privato

Il risparmio di 12 miliardi con l'introduzione dell'e-health è un fatto reale, senza alcun «effetto annuncio». È solo «una questione di volontà politica» secondo **Guido Riva**, presidente del Comitato tecnico Sanità di Confindustria.

La salute elettronica ormai dovrebbe essere un dato di fatto, anche perché «le risorse per dare il via allo sviluppo Ict - aggiunge - non sono più un vero problema: le imprese sono pronte a investire in un partenariato pubblico-privato da cui a trarne vantaggio saranno anche loro, ma soprattutto i cittadini e il sistema sanitario».

Dottor Riva perché il progetto Ict di Confindustria?

Perché il vantaggio per i cittadini, in fatto di qualità e tempestività del servizio-salute, sarebbe enorme. E perché poter risparmiare cifre di questo genere, ben 12 miliardi, e anche in breve tempo, sarebbe un risultato colossale.

Ict salvaci tu...

Non è una nostra invenzione: il mondo ce lo sta insegnando. Dove è stata realizzata l'implementazione dell'Ict in Sanità, ci sono stati risparmi fortissimi. Il primo risultato può essere di fare ordine e di mettere a disposizione una quantità maggiore di informazioni in tempo reale; ma quello sicuramente più consistente sarà ridurre l'accesso inappropriato ai servizi ospedalieri.

Questo perché la strada più appropriata è quella del territorio?

Perché grazie alla salute elettronica

ca si realizza un filtro che porta a un risparmio sui ricoveri inappropriati. Inoltre una rete informativa sul territorio aiuta tutti: il cittadino,

il medico di base, i servizi.

Non è che queste grandi stime di risparmio siano esagerate, troppo ottimistiche?

No, non è affatto un eccesso di ottimismo. L'esperienza che ci arriva dai Paesi in cui tutto questo è stato fatto ci dice che per il nostro Ssn è una cifra reale e raggiungibile.

Quali possono essere i fattori di resistenza nel sistema alla realizzazione della salute elettronica?

nica?

L'unica resistenza che vedo possibile è la non volontà di farlo. Se c'è la volontà politica tutto il resto non ha più senso.

E il personale è pronto ad accettare la sfida?

Quando si modifica, si ristruttura, si rivoluziona qualcosa che è ormai storico, se non si danno le informazioni utili chiaramente si trovano resistenze. Ma se il milione e mezzo di addetti alla Sanità sarà informato correttamente, non ci sa-

Una ricetta contro l'inappropriatezza

ranno resistenze.

In che modo questa trasformazione è utile sul versante delle imprese?

Le imprese che vendono prestazioni come l'ospitalità privata pos-

sono solo trarne vantaggi, è ovvio. Le imprese industriali che fanno prodotti avranno un vantaggio nel futuro perché quei 12 miliardi risparmiati possono essere un'occasione per investire nel settore. E lo ripeto: parlo di 12 miliardi su 106 di fondo sanitario totale.

Magari non avremo più Regioni commissariate.

Questo non lo credo: il commissariamento delle Regioni non è solo un fatto di spesa o di disponibilità di risorse. Non saprei se parlare di «cattiva amministrazione» o di «mancata amministrazione»: il dato di fatto è che nelle realtà commissariate non c'è mai stata un'amministrazione di base. Con tutto ciò che ne è poi derivato.

Secondo Confindustria la filiera della salute vale il 12% del Pil ed è un motore di sviluppo: anche la salute elettronica può essere un motore di sviluppo per il Paese?

Certamente. L'Ict chiama in causa una serie di imprese che fanno quel mestiere, e lo fanno ai massimi livelli. Migliorando tutto il sistema. È un «motore di sviluppo» che può garantire un rendimento migliore. Con un duplice risultato: più qualità, ma spendendo meno.

La filiera della salute come volano dello sviluppo?

La Sanità è un motore di sviluppo che



non può rallentare. La popolazione invecchia e le aspettative di salute crescono perché la popolazione è più consapevole, sa cosa può ottenere.

Per realizzare tutto ciò però c'è bisogno di investimenti. Il Ssn ne può fare pochi: come si trova la "benzina" per questo motore di sviluppo?

Penso al partenariato pubblico-privato e al project financing. Ma non solo. Anche lo Stato naturalmente deve investire in proprio. Ma

Grandi vantaggi per sistema e cittadini

più che denaro, lo Stato dovrebbe pensare alle regole, perché senza regole, si rischiano solo altri sprechi. Se continuiamo con 20 Regioni che vogliono ognuna il proprio sistema che non dialoga con gli altri, non arriviamo da nessuna parte. Si continua solo a sprecare.

Per la salute elettronica serve uno standard nazionale. È inutile sentirsi dire che le Regioni sono autonome in materia di Sanità: questo è un fatto tecnico, non una questione politica. Lo Stato deve dare uno standard che tutti devono rispettare.

E secondo lei lo Stato ci crede e punta davvero sull'Ict?

Io posso dire che il ministro della Salute crede molto nello sviluppo dell'Ict sul territorio. Perché vuol dire alleggerire il sistema sanitario, portare più servizi al cittadino che ne ha bisogno.

E le imprese?

Le imprese ci credono e sono disponibili al partenariato pubblico-privato a tutti i livelli e in tutti i sensi. E non si tratta in realtà nemmeno di grandissimi investimenti, ma

solo questione di volontà politica. Le evidenze nel mondo ci sono. Già sette-otto anni fa a esempio in Israele erano una realtà: se un israeliano sta male negli Usa e dà il suo tesserino, è collegato direttamente con la sua cartella clinica in Israele. I medici di famiglia israeliani hanno 24 ore di tempo per aggiornarla. Nessun problema quindi, ma davvero solo una questione di volontà politica. (Red. San.)

CONFINDUSTRIA/ Prove di piattaforma su tre amministrazioni possibilmente con problemi di deficit

Test Ict nelle Regioni in rosso

Le regole: obbligatorietà e incentivi per gli operatori - Cautele sulla privacy

Servono tre partner per testare sul piano pratico il passaggio dall'analfabetismo informatico a Sanità digitale capace di procurare risparmi da 12 miliardi al Ssn. E le migliori compagnie di viaggio - in un'Italia delle cure che ancora bisticcia un giorno sì e l'altro pure sui certificati on line - sono proprio le Regioni messe peggio: quelle con i nervi scoperti e i piani di rientro più onerosi.

È questa la sfida contenuta nel progetto confindustriale sull'avvento dell'Ict in Sanità, descritto come una marcia d'avvicinamento in tre tappe: nella prima fase poche Regioni e poche Asl, per costruire l'ossatura del sistema, dalle anagrafiche ai cruscotti di controllo; nella seconda l'estensione della piattaforma a tutto il territorio delle Regioni test, mettendo in funzione tutti i servizi che servono a spostare il baricentro dell'assistenza sanitaria verso il territorio e il cruscotto aziendale.

Queste due fasi - si legge nel progetto - esauriscono il momento pre-competitivo: la terza fase dovrà essere quella industriale, ovvero quella delle scelte. La piattaforma potrà essere estesa a tutto il territorio nazionale, alle Regioni critiche o a quelle Regioni che ancora non dispongono di un sistema analogo, per allineare le diverse piattaforme operanti a livello locale. Nella stessa fase si procederà alla predisposizione e preparazione dei bandi di gara, alla selezione, in base a criteri obiettivi e misurabili, dei fornitori e alla valutazione dei vantaggi qualitativi e quantitativi derivanti dalla piattaforma. Di pari passo, è l'auspicio del documento, dovrà anche cambiare la mentalità di chi tiene le redini del gioco: le istituzioni centrali - scrivono gli esperti Confindustria - dovranno rivedere le modalità di allocazione delle risorse per la Sanità verso le Regioni che impongano l'introduzione del progetto e-health per consentire il confronto tra costi di prestazioni analoghe e l'introduzione di comportamen-

ti virtuosi, partendo dalle Regioni economicamente più deficitarie per le quali sono previsti dei piani di rientro.

Lungi dal ritenere possibile una realizzazione miracolistica del progetto, gli estensori snocciolano tra le righe più di un'avvertenza: dall'adozione di un modello di sistemi "federato", per garantire l'interoperabilità dei sistemi informativi rispettando l'autonomia delle aziende sanitarie all'attenzione al rispetto della privacy, da garantire attraverso una autodeterminazione del cittadino che dovrà essere fondata anche sulla possibilità per quest'ultimo di oscurare i propri dati sanitari pure per gli operatori da lui autorizzati.

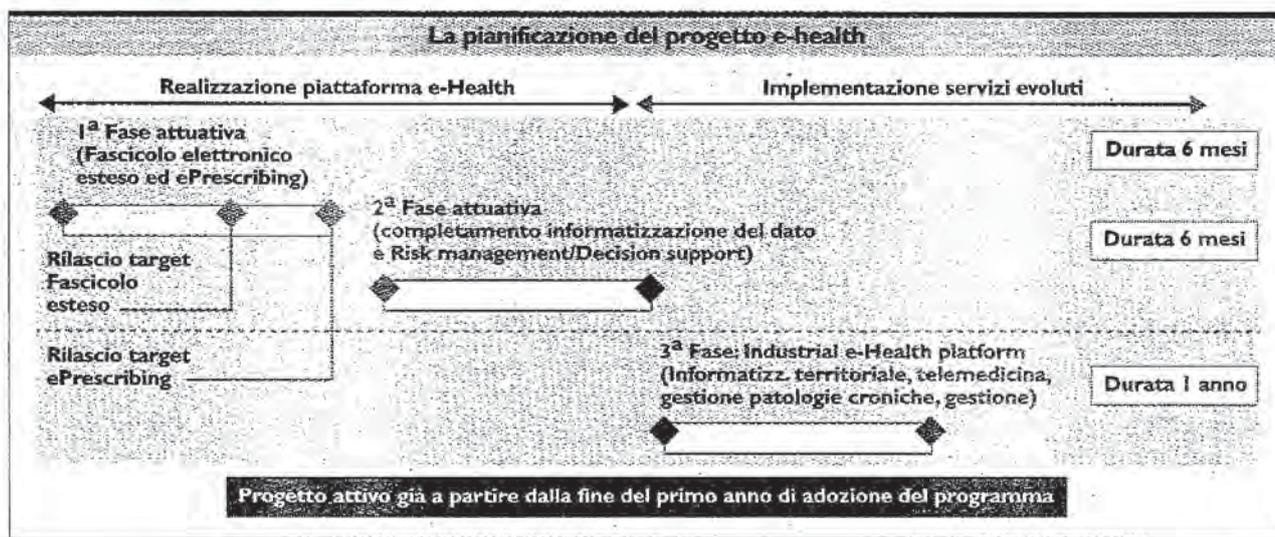
All'opposto si suggeriscono invece le vie brevi per la messa in marcia del sistema: dal passaggio all'obbligatorietà con norma di legge per garantirsi l'adesione di tutti gli operatori del sistema (come già accade peraltro in Lombardia) ai piani di incentivazione da inserire in ogni contratto o intesa sindacale, dopo aver sostenuto economicamente lo sforzo che gli operatori hanno affrontato per adeguare le proprie dotazioni informatiche in fase di avvio.

In quest'ambito il progetto dedica una particolare attenzione ai Medici di medicina generale, individuati come grimaldello da cui partire per sviluppare una azione pervasiva all'interno del sistema, a patto di saper vedere e affrontare le principali criticità. A esempio l'esistenza di ben 170 fornitori a livello nazionale di software per la gestione della cartella clinica con problemi di reciproca interoperabilità.

Senza un disegno generale che detti le linee guida di innovazione dei processi e di conseguenza dei servizi informatizzati e senza l'individuazione di standard di processo che diano indicazioni ai fornitori di tecnologie dei driver da soddisfare nel tempo, nessuna piattaforma potrà mai cominciare a girare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Fascicolo sanitario elettronico: sì della Stato-Regioni alle linee guida

Via libera la scorsa settimana in Stato-Regioni alle linee guida sul Fascicolo sanitario elettronico (Fse), tassello fondamentale per spingere l'acceleratore sull'e-health che nel nostro Paese, secondo il piano e-Gov2012 dovrebbe essere a regime entro il prossimo anno (v. *Il Sole-24 Ore Sanità* n. 2/2011 e per il testo www.24oresanita.it).

Prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione sono alla base del documento, ma il Fse, con opportuni accorgimenti legislativi (le indicazioni sono nel Ddl omnibus del ministro Fazio che deve avviare il suo iter parlamentare) aprirà nuove strade anche alle attività di monitoraggio e controllo e a rilevazioni epidemio-

logiche in tempo reale.

Oltre a facilitare l'utilizzo della storia clinica del paziente, le linee guida indicano per il Fse anche funzioni di supporto e ottimizzazione dei processi operativi. Inoltre, grazie alla storia clinica del paziente, nell'emergenza-urgenza permette agli operatori di inquadrare pazienti a loro sconosciuti, nella continuità assistenziale consente a diversi operatori che hanno già in carico un paziente di conoscere le iniziative diagnostiche e terapeutiche dei colleghi, nelle attività gestionali e amministrative permette di condividere tra operatori le informazioni amministrative a esempio su prenotazioni di visite specialistiche, ricette ecc.

od organizzativo-auxiliarie per le reti di supporto ai pazienti nelle cronicità e/o in riabilitazione.

Il Fse è costituito da un nucleo minimo di documenti necessari (referti, verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, profilo sanitario sintetico) e da documenti integrativi che permettono di ampliare il suo utilizzo per garantire la continuità assistenziale. Il nucleo minimo deve essere disponibile a livello regionale, gli altri documenti possono diventare componente integrativa del Fse in base alle scelte regionali e in funzione del livello del processo di digitalizzazione o delle politiche regionali rivolte verso determinati aspetti della salute.

L'architettura modulare per estendere la piattaforma regionale dei servizi dal centro al territorio**SERVIZI VERTICALI**

Realizzano funzionalità a supporto di specifici ambiti di operatività del Sistema sanitario e rappresentano componenti "core" di una Piattaforma, attraverso cui si indirizzano i principali obiettivi di innovazione

- **SovraCup regionale/Portale:** sistema informatizzato centralizzato di prenotazione di prestazioni sanitarie che consente di organizzare, con maggiore efficienza, le prenotazioni, gli accessi, la gestione delle unità eroganti e di fornire informazioni ai cittadini attraverso una visione globale e complessiva dei Cup locali. Il sovraCup integra le agende delle Asl e utilizza un portale regionale come il principale canale di accesso e di comunicazione istituzionale della Regione per i pazienti, gli addetti ai lavori, i media
- **Ehr (Electronic health record) - Anagrafiche:** soluzione che garantisce l'integrità dei dati raccolti al fine di aumentare la qualità, la coerenza e la tempestività delle informazioni clinico-stattistiche necessarie. Le anagrafi gestibili sono: assistibili, prescrittori, prestazioni, strutture e ricette
- **Ehr (Electronic health record) - Fascicolo sanitario:** insieme dei dati sanitari del cittadino creati nella storia dei suoi contatti con i diversi attori del Ssr. Il fascicolo sanitario di base integra le informazioni sugli eventi sanitari legati al paziente, eventualmente integrati da link a repository esterni (Dicom per le immagini radiografiche, HI7 e Repository documentale per le refertazioni) che contengono dati di dettaglio relativi ai diversi eventi. È accessibile dalle strutture ospedaliere e territoriali in qualunque momento nel rispetto della regolamentazione nazionale e della tutela della privacy
- **Cruscotto direzionale e gestione flussi contabili/bilancio:** la soluzione è composta da sottosistemi/moduli che, mediante servizi, interagiscono e cooperano fra loro per implementare le funzioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi del sistema direzionale. È un ambiente finalizzato al monitoraggio e reporting della spesa medica, all'integrazione con i flussi contabili e di bilancio
- **Archiviazione bio-immagini:** servizio di archiviazione per la condizione e conservazione legale di immagini diagnostiche digitalizzate

SERVIZI VERTICALI DEDICATI AL PROCESSO DI CURA UMG

Costituiscono il kit di strumenti/soluzioni metodologiche e tecnologiche volte alla gestione dei pazienti dell'Umg da parte del personale medico e infermieristico, amministrativo e segretariale che, sulla base della programmazione degli appuntamenti (gestione visite) e con l'ausilio fornito dalla prescrizione elettronica per la compilazione delle ricette, supportano l'utente nella gestione del processo di cura che prevede il contatto diretto e costante con il paziente (patient relationship management)

- **Gestione visite:** risolve la gestione "organizzativa" del processo di cura. In particolare: la gestione e la definizione delle diverse agende gestite dalla struttura, la conferma degli appuntamenti e l'atto di erogazione/conclusione dell'istanza "visita"
- **Prescrizione elettronica:** gestisce il ciclo di prescrizione-erogazione delle prescrizioni di farmaci, farmaci per terapie continuative, esami e visite specialistiche e affianca il Mmg/Pls nella compilazione dei certificati a uso personale e/o previsti dalla normativa
- **Patient relationship management:** supporta il medico durante le visite nella registrazione di tutte le informazioni significative relative allo stato di salute del paziente e gli segnala specifici avvisi sulla progressione dei valori acquisiti durante le visite mediche o nel monitoraggio del paziente a distanza. Abilita, inoltre, funzionalità avanzate per:
 - supportare le iniziative di screening effettuate a seguito di specifiche campagne nazionali/regionali o su iniziative autonome dell'Umg, utilizzando determinati Piani di cura personalizzati per singolo paziente;
 - agevolare la condivisione di dati, tra tutti gli operatori socio-sanitari dell'Umg e lo stesso cittadino, con viste dedicate della scheda paziente che mostra: problemi in corso/chiusi/cronici, allergie, farmaci assunti o che si stanno assumendo, patologie e ospedalizzazioni, operazioni o procedure mediche, vaccinazioni, risultati e analisi, anamnesi familiare ecc.

SERVIZI VERTICALI SPECIALISTICI

Rappresentano l'insieme delle soluzioni applicative che compongono il kit di strumenti finalizzati a ottimizzare il processo di cura e minimizzare la possibilità di errore

- **Telemonitoraggio e teleradiologia:** contribuiscono alla continuità assistenziale attraverso l'utilizzo dei sistemi per il telemonitoraggio

- **Epidemiologico:** il servizio si basa sulla raccolta e sul consolidamento dei dati epidemiologici rilevati dalle diverse strutture presenti sul territorio, al fine di studiare i fenomeni riguardanti la popolazione (e.g. malattie e fattori di rischio ecc.) attraverso la valutazione di parametri
- **Dss clinico (Decision support system):** il servizio prevede la gestione sia dei dati di costo (dati amministrativi) per il controllo della spesa in ottica di risparmio economico, sia dei dati relativi alle prestazioni erogate (dati clinici) per il monitoraggio dei Lea (Livelli essenziali di assistenza), collegandoli tra loro. La componente Dss rappresenta lo strumento di supporto ai medici per la diagnosi di patologie e prescrizioni di terapie farmacologiche
- **Telemedicina:** soluzioni di telemedicina rivolte sia al paziente (teleassistenza, telemonitoraggio, teleriabilitazione, televisita) sia all'operatività sanitaria interna (teleconsulto, teleradiologia) al fine di abilitare la valorizzazione delle eccellenze, la remotizzazione delle cure (i.e. malati cronici) e di ottenere miglioramenti sia in termini di livelli di servizio sia in termini di efficienze operative. In particolare:
 - **telemonitoraggio per target locale:** servizio di monitoraggio degli assistiti all'esterno dalle strutture ospedaliere attraverso la rilevazione dei dati biometrici con apparati biomedicali. Il servizio prevede una supervisione sui dati rilevati da parte di un Centro servizi in grado di generare allarmi verso il medico di medicina generale o il medico specialista di riferimento in caso di superamento delle soglie previste per determinati parametri vitali;
 - **teleradiologia:** il servizio si struttura come estensione del servizio di archiviazione delle bio-immagini, abilitandone la consultazione remota per un "secondo consulto" di specialisti. È un elemento di ottimizzazione in termini di processo e di costo in ambito oncologico
- **E-prescribing:** strumento di supporto per gestione del ciclo di prescrizione-erogazione delle prescrizioni di farmaci e prestazioni sanitarie
- **Education per gli operatori sanitari e per i cittadini:** soluzioni di Knowledge Mgmt multicanale e di e-Learning evoluto per i medici che abitano una maggiore condivisione delle informazioni, con impatti benefici sull'operatività sanitaria (i.e. riduzione errori di diagnosi) e soluzioni di e-Learning ai malati, virtual communities, portale informativo ecc. rivolte ai cittadini

ambulatoriale e domiciliare dei pazienti dell'Umg e dei sistemi di teleradiologia che consentono di fruire delle informazioni in maniera istantanea, indipendentemente dall'ubicazione geografica o dallo strumento utilizzato (Pc, palmare, telefono cellulare ecc.)

- **Dss e cruscotto clinico:** completano il processo di gestione dei problemi di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione. Il "Dss clinico" mette a disposizione del decisore una serie di funzionalità di analisi dei dati e utilizzo di modelli, mentre il "Cruscotto clinico" integra e riorganizza i dati eterogenei provenienti dalle varie sorgenti del sistema e li rende disponibili per analisi e valutazioni finalizzate alla pianificazione sanitaria, al processo decisionale o a indagini statistico-epidemiologiche

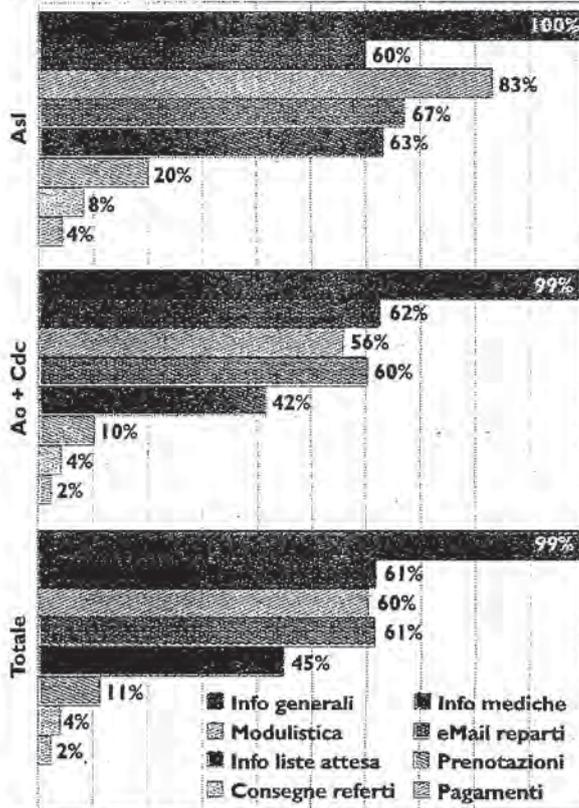
SERVIZI TRASVERSALI

Realizzano funzionalità di natura più tecnologica, fondamentali per abilitare l'erogazione dei servizi verticali garantendo la sicurezza dei dati, l'interoperabilità delle funzioni e l'accessibilità dei servizi

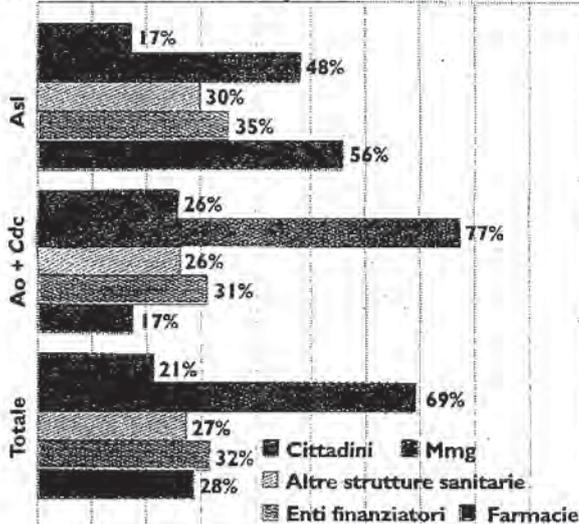
- **Piattaforma di interoperabilità, connettori e security:** il servizio è basato sulle funzionalità di un'infrastruttura It che garantisce l'integrazione dei dati, l'allineamento real-time, l'interoperabilità evoluta tra i diversi soggetti pubblici e privati del Ssr (Sistema sanitario regionale), tramite connettori aderenti agli standard e linee guida della Sanità (e.g. Soa, Ihe, HI7, Dicom...). L'infrastruttura informatica realizza anche funzionalità per il governo dell'introduzione incrementale di nuovi servizi e/o sistemi informativi e il rispetto dei criteri di privacy & security, necessari per assicurare la conformità ai requisiti di legge
- **Infrastruttura telefonica e network:** infrastruttura telefonica per assecondare le esigenze del call-center che sarà istituito come supporto al sovraCup regionale
- **Centro servizi:** la struttura del Centro servizi garantisce la presa in carico sia delle attività di back office (es. gestione archivi di base sovra-ente, gestione delle anagrafi, estrazione flussi amministrativi, elaborati statistici ecc.) sia delle attività di front office (es. apertura e modifica delle agende, verifica e caricamento dei piani di lavoro, gestione delle prestazioni prioritarie, pianificazione del servizio)

I servizi on line e gli interlocutori

Applicazioni disponibili sul sito web per tipologia di struttura sanitaria



Gli interlocutori esterni (con accesso ad aree riservate del web per tipologia di struttura sanitaria)



Fonte: elaborazioni Confindustria servizi innovativi e tecnologici su dati Between 2008

COS'E' IL LINFOMA DI HODGKIN

Colpisce i giovani Ottomila casi all'anno

IL LINFOMA di Hodgkin è un tipo di tumore maligno, descritto per la prima volta da Thomas Hodgkin nel 1832. Il linfoma prende origine dalle ghiandole linfatiche, ovvero dalle cellule contenute nei tessuti (presenti in tutto il corpo) che hanno la funzione di difendere l'organismo dagli agenti esterni e dalle malattie. Si manifestano 7500-8000 nuovi casi all'anno nel mondo. Rispetto all'età anagrafica, il picco di manifestazioni si ritrova tra i ventenni e i trentenni, ed è stata valutata una maggiore preponderanza verso l'uomo rispetto alla donna. Fattori socio-economici incidono molto, in quanto nei paesi in via di sviluppo l'età di maggiore incidenza diminuisce notevolmente. Dopo anni di studio non si è compreso come possa manifestarsi tale male, mentre osservando il quadro biologico si pensa a un'anomalia derivante del sistema immunitario, osservando invece la situazione epidemiologica si consta una natura virale.



MACERATA PRIMO PIANO

VACCINI SOSPETTI

Alpino ucciso dal linfoma:
La misteriosa morte di Francesco Rinaldi: era

NON SOLO SCOMMESSE.
JACKPOT FINO A 500.000 EURO.

CIVITANOVA MARCHI - Via Sabinio, 11

5€

NON SOLO SCOMMESSE.

JACKPOT FINO A 500.000 EURO.

CIVITANOVA MARCHI - Via Sabinio, 11

I RISCHI DI TUMORE, LE INTERPRETAZIONI IDEOLOGICHE

Staminali, la trave delle embrionali e la pagliuzza delle riprogrammate

ROBERTO COLOMBO



Un'indagine scientifica cui hanno partecipato studiosi italiani, apparsa alcuni giorni fa sulla rivista *Cell Death &*

Differentiation, ha riaperto nel nostro Paese il dibattito intorno alla ricerca sulle cellule staminali. L'osservazione che, nel topo, alcune linee di cellule staminali da tessuti di animale adulto, (chiamate "cellule staminali pluripotenti indotte", iPSC) ottenute mediante riprogrammazione epigenetica, possono andare incontro ad aberrazioni genomiche (delezioni o amplificazioni di regioni del Dna), simili a quelle che si riscontrano nel nucleo di alcune cellule tumorali, ha fatto lanciare un grido d'allarme contro coloro che, a detta di alcuni, si ostinerebbero a perseguire la ricerca sulle staminali ottenibili da cellule del corpo di un adulto (lo stesso paziente o un donatore), anziché orientarsi sulle cellule degli embrioni umani ottenuti attraverso la fecondazione in vitro. Evocare la parola "tumore" è sempre di grande effetto pubblico per polarizzare un dibattito sulla ricerca biomedica. Anche la semplice allusione a un possibile pericolo per la salute derivante dall'impiego di cellule staminali riprogrammate da tessuti di adulto ha avuto buon gioco nel far dire a un noto oncologo italiano, a proposito degli embrioni umani cosiddetti "residuali" rispetto alla procreazione medicalmente assistita – quelli, cioè, non trasferiti in utero –, che «sia un dovere morale utilizzarli per la ricerca: non si viola nessuna etica e si aiuta la scienza a esplorare le potenzialità delle cellule staminali embrionali, che rappresentano la più grande promessa della medicina del ventunesimo secolo» (*la Repubblica*,

12.02.2011, p. 24). Non conosciamo a quale "etica" si riferisca l'intervistato e neppure in forza di quali risultanze scientifiche obiettive egli possa attribuire alle sole staminali embrionali una simile trionfale "promessa" terapeutica. Di certo,

però, la contrapposizione tra i due approcci alla terapia cellulare, quello che parte da cellule predifferenziate o differenziate da tessuti di adulto e quello che ricorre alle cellule embrionali, non può avvalersi della oncogenicità quale argomento di ragione scientifica e clinica per discriminare, allo stato attuale delle conoscenze, le potenzialità terapeutiche di uno o dell'altro tipo di cellule staminali. Coloro che hanno fatto leva sui risultati dello studio italo-elvetico – e non è il solo che ha indagato l'instabilità genomica in linee di staminali coltivate in vitro – per lanciare un grido d'allarme contro la riprogrammazione di cellule adulte in prospettiva terapeutica sembrano dimenticare che quelle di origine embrionale sono state le prime staminali a mostrare una spiccata tendenza alla formazioni di tumori dopo il loro innesto nel corpo di animali (si tratta di teratomi e teratocarcinomi, caratterizzati dalla presenza di diversi tessuti originanti da tutti e tre i foglietti germinali embrionali). Del resto, è nota la notevole somiglianza biologica tra alcune proprietà delle staminali embrionali (autorinnovamento, elevato potenziale replicativo, attività telomerasica, espressione di alcuni fattori di trascrizione) e una sottopopolazione di cellule tumorali chiamate "cellule che fanno iniziare il tumore" o "staminali tumorali". Sin dai primi studi, il potenziale oncogenico delle staminali embrionali ha rappresentato una delle principali obiezioni cliniche alla loro applicazione diretta alla terapia



Presentato l'annuario di «Orphanet» con la mappa aggiornata su cure e patologie

Un atlante delle malattie rare

Quasi un italiano su due costretto a spostarsi da una Regione all'altra

VADEMECUM

A oggi se ne conoscono poco più di 8mila e sono definite «rare» perché, percentualmente, colpiscono un numero ridotto di persone. Eppure i numeri assoluti fanno impressione: sono infatti due milioni gli italiani colpiti da malattie rare, il 70% dei quali bambini. Per loro la strada è ancora in salita: non sono tantissimi i farmaci a disposizione e i centri di cura sono spesso lontani, tanto che quasi un paziente su due è costretto a migrare da una Regione all'altra dell'Italia per curarsi.

Ma la ricerca va avanti e oggi nuovi strumenti arrivano in aiuto di questi pazienti: come la rete Orphanet - il progetto nato in Francia nel 1997 e al quale lavorano oggi 12mila tra specialisti e ricercatori di 38 Paesi - che in Italia ha sede all'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma. E ora anche il nuovo annuario 2011 delle patologie rare presentato la settimana scorsa: si tratta di un vero e proprio "atlante" del mondo delle malattie rare che racco-

glie la parte più significativa delle informazioni contenute nel database Orphanet. L'annuario offre approfondimenti su oltre 2mila malattie, farmaci, centri italiani e associazione dei pazienti.

Oggi in Italia quasi un paziente su due è costretto a spostarsi da una Regione all'altra dell'Italia per avere le cure necessarie: nel 45% dei casi, infatti, il centro clinico di riferimento - rileva un'indagine del ministero del Welfare - si trova in un'altra Regione rispetto a quella di residenza. Sul fronte della ricerca l'impegno dell'Italia è stato ricordato dal presidente di **Farmindustria Sergio Dompé**: «Le aziende farmaceutiche - ha detto - finanziano circa l'80% degli studi con farmaci orfani e il 62% delle sperimentazioni sulle malattie rare. I progetti in sviluppo in Italia di molecole orfane sono 63 e coinvolgono 30 aziende». Mentre il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, si è augurato lo sblocco dei nuovi livelli essenziali di assistenza, fermi da tempo al ministero dell'Economia, che includono oltre 100 malattie rare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'avveniristico esperimento di Michael Hecht all'università di Princeton

Verso la vita artificiale Ecco le proteine sintetiche

Assenti in natura, sono in grado di far crescere la cellula

di EDOARDO BONCINELLI

Si parla sempre più spesso di «vita sintetica» o di «vita artificiale». Lo scopo di tali ricerche è quello di vedere fino a che punto siamo in grado di progettare e produrre in laboratorio cellule viventi, del tipo di quelle già esistenti in natura, ma anche di altre che in natura non si trovano. Fino adesso si era lavorato sui geni e sui genomi, soprattutto a opera del biologo statunitense Craig Venter e del suo gruppo.

Un gruppo di ricercatori dell'Università di Princeton guidati dal chimico Michael Hecht hanno scelto ora di lavorare direttamente sulle proteine, che rappresentano in ogni caso la materia e la forma delle diverse funzioni della cellula. In un lavoro appena pubblicato su PLOS-One, un'importante rivista del campo della biologia d'avanguardia, i nostri autori riportano i risultati di un loro avveniristico esperimento che è consistito nel sintetizzare proteine che non esistono in natura, inserirle in una cellula batterica in difficoltà e ricuperarne la piena funzionalità, anche agendo per così dire «alla cieca».

L'idea è semplice. In teoria possono esistere un'infinità di proteine diverse, ma in natura se ne trovano solo alcune centinaia di migliaia. Come mai? E' un problema di continuità storica o alcune non sono proprio adatte alla vita? Oggi siamo in grado di progettare a tavolino milioni di nuove forme di proteine e di produrle direttamente o di farle produrre da appositi geni anch'essi progettati alla bisogna.

I ricercatori dell'Università di Princeton ne hanno così progettate e prodotte molte, che avessero il requisito minimo di assumere forme stabili all'interno delle cellule, e le

hanno introdotte in mutanti batterici che non erano in grado di crescere e moltiplicarsi perché vi erano stati distrutti geni vitali. Così operando hanno ottenuto la sopravvivenza e la crescita delle cellule che hanno ricevuto le nuove proteine sintetiche. Ciò significa che alcune di esse sono altrettanto «buone» delle proteine naturali e si dimostrano capaci di sostenere la crescita della cellula batterica in questione.

E' stata la cellula batterica stessa che «ha scelto» le proteine giuste, selezionandole tra tutte quelle che vi sono state inserite. Non si tratta di una selezione consapevole, ovviamente, ma solo del risultato del fatto che quelle che non hanno fatto la scelta giusta muoiono, mentre quelle che hanno favorito la moltiplicazione delle proteine giuste sopravvivono e si moltiplicano. Per ora questo dimostra soltanto che le proteine naturali non sono indispensabili e che possono essere surrogate da proteine interamente sintetiche, ma è sicuro che in un prossimo futuro si potrà anche determinare quali sono esattamente queste proteine «salvavita» e che proprietà possiedono in queste cellule o in altre ancora.

Il pensiero corre subito al morbo di Alzheimer che è il risultato di una precipitazione anomala di certe proteine naturali nei neuroni del cervello delle persone affette.

Qualche mese fa si parlò molto degli ultimi esperimenti del gruppo di Craig Venter, che ha «trasformato» una cellula batterica in un'altra, inserendoci il Dna del genoma di un diverso ceppo. A chi ha parlato in quella occasione di vita sintetica è stato obiettato che il Dna era sì sintetico,

ma la cellula era preesistente e «naturale».

Il passo successivo è rappresentato quindi dalla produzione di una cellula anch'essa sintetica. Poiché la cellula è fatta essenzialmente di proteine, l'esperimento di Hecht e collaboratori potrebbe rappresentare il preludio a questa nuova avventura. Ne vedremo delle belle, quindi, in un prossimo futuro.

Quello che è certo è che così facendo potremo comprendere sempre meglio qual è la vera essenza della vita, almeno di quella biologica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

25 mila: è il numero dei geni umani che producono le proteine

In laboratorio

Il passo successivo? Arrivare a una cellula interamente prodotta in laboratorio



A PAG. 12-13

Sangue**Percorsi,
criteri,
standard e
regole Ue per
la gestione
del sistema
trasfusionale**

SISTEMA TRASFUSIONALE/ Le novità del percorso di accreditamento delle strutture

Il sangue italiano passa nell'Ue

Tre anni e mezzo per le verifiche - Necessario il potenziamento regionale

Le prescrizioni europee in materia di autorità competenti e di autorizzazione/accreditamento e verifica ispettiva delle strutture trasfusionali hanno ingenerato alcuni problemi applicativi nella legislazione italiana che, come noto, prevede che Regioni e Paesi siano titolari dei processi autorizzativi e di accreditamento di tutte le attività sanitarie, non escluse, quindi, le attività trasfusionali. In Italia, tali attività sono in carico a servizi specialistici ospedalieri (i servizi trasfusionali) diversamente dalla stragrande maggioranza dei Paesi europei ed extra-europei, dove le stesse sono gestite da agenzie nazionali indipendenti, pubbliche o private no profit, o da organizzazioni private profit. Nel modello

organizzativo italiano, quindi, le Regioni e Province autonome sono chiamate in prima persona a garantire, anche con attività ispettive periodiche (da svolgere a cadenza non superiore a 2 anni), che le attività trasfusionali risultino condotte in conformità ai requisiti definiti dal complesso delle norme nazionali ed europee. Al contempo, le autorità sanitarie centrali sono tenute, per le proprie competenze, a garantire di fronte all'Unione europea che siano soddisfatti i requisiti previsti dalle norme comunitarie, ed è il Governo nazionale, non le Regioni, che è tenuto a rispondere in prima persona agli organi comunitari, anche in termini di sanzioni, ove si configurino ritardi e inadempienze.

Nel febbraio 2009 è stato attivato un percorso congiunto ministero della Salute-Regioni, affidato a un gruppo di lavoro della Commissione Salute coordinato dal Centro nazionale sangue, finalizzato a definire i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie delle strutture trasfusionali e a formulare un modello per le visite ispettive e le misure di controllo previste dal Dlgs 261/2007 (che ha recepito la Direttiva 2002/98/Ce), atto a contemporaneamente le responsabilità attribuite in materia agli organi centrali (ministero della Salute e Centro nazionale sangue) e alle regioni e province autonome, dallo stesso decreto.

Dopo quasi due anni di intenso lavoro, con l'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 16 dicembre 2010 sono stati approvati i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocompo-

nenti (ai sensi dell'articolo 6 e dell'articolo 19 della legge 21 ottobre 2005 n. 219), e il modello per le visite di verifica dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta (ai sensi dell'articolo 5 del Dlgs 261/2007).

Per il sistema trasfusionale italiano questi provvedimenti segnano un passaggio che non è eccessivo definire "epocale", perché è un vero e proprio "passaggio in Europa" di un intero sistema assistenziale nazionale, di un Paese, quale è l'Italia, di massimo rilievo in ambito comunitario, che per vari motivi (non sempre apprezzabili e giustificabili) ha dovuto attendere questa transizione per un tempo incorreggibile rispetto alle potenzialità che il proprio sistema sangue è in grado di esprimere se opportunamente valorizzato.

Come da attendersi, la maggiore criticità riscontrata nel percorso è stata la iniziale difficoltà da parte delle Regioni di mettere a fuoco le peculiarità delle attività trasfusionali in termini squisitamente regolato-

ri. Infatti, tutti gli aspetti di carattere "produttivo" delle attività trasfusionali sono caratterizzati da specifici e rigorosi riferimenti alle regole europee cogenti di "buona pratica" (GPs) e di "buona fabbricazione" (GmPs) e, in particolare, il plasma umano destinato alla lavorazione industriale (oltre 720.000 kg prodotti in Italia nel 2010) è obbligatoriamente sottoposto alle GmPs europee sulle materie prime per la produ-



zione di medicinali. Ne deriva la necessità da parte di tutti i soggetti coinvolti, e in particolare delle Regioni che ne sono prime responsabili di legge, di rileggere i comuni percorsi autorizzativi e di accreditamento in chiave regolatoria. I tempi concordati per l'adeguamento ai nuovi requisiti e per il completamento del primo giro di visite di verifica sono certamente congrui (oltre 3 anni e mezzo), ma rappresentano un cut-off che non sarà possibile superare, pena, ad esempio, l'esclusione - già da oggi sancita e certa - del plasma dalla utilizzabilità per uso farmaceutico.

Un importante supporto alla gestione delle visite di verifica per gli aspetti regolatori sarà fornito dall'elenco nazionale dei valutatori per il sistema trasfusionale in corso di istituzione con decreto del **ministro della Salute**, la cui gestione è delegata in toto al Centro nazionale sangue. Quest'ultimo, entro il 15 dicembre 2011, è tenuto a svolgere almeno 3 corsi di qualificazione ufficiale dei valutatori per il sistema trasfusionale che saranno indicati dalle Regioni e Province autonome che, con l'Accordo del 16 dicembre 2010, sono impegnate a inserire in ogni team di verifica delle strutture trasfusionali almeno un valutatore specificamente qualificato, ufficialmente inserito nell'elenco nazionale. Indipendentemente dai diversi sistemi operanti, tutte le Regioni e Province autonome dovranno prevedere visite di verifica con una periodicità non superiore a due anni. Inoltre, va da sé che, nel rispetto delle norme vigenti, le Regioni che hanno previsto sistemi di accreditamento con autocertificazione e verifiche a campione, per le strutture trasfusionali dovranno prevedere verifiche in situ a cadenza biennale per tutte le strutture, oltre a effettuare verifiche mirate in caso di eventi avversi gravi.

«Il plasma raccolto in Italia e utilizzato per la produzione di emoderivati è in regola con le norme nazionali ed europee». Così il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, ha risposto alla Camera agli interrogativi sollevati in seguito alla bufera che ha fatto riesplodere la questione della sicurezza dei plasma-derivati.

«La ditta Kedrion, attualmente l'unica autorizzata alla lavorazione del plasma raccolto in Italia - ha prose-

guito il ministro - utilizza sia emoderivati da sangue italiano sia da sangue estero: sul sangue italiano si fanno i controlli per B/C/Hiv/sifilide non ritenendosi necessari altri controlli, in linea con la normativa Ue; sul sangue estero (commerciale) si fanno controlli per B/C/Hiv/A e parvovirus. Kedrion ha inviato ad Aifa la documentazione per l'Aic (autorizzazione immissione in commercio) inserendo nel dossier i dati inerenti sia al plasma italiano sia a quello estero, utilizzando un unico master file in cui si prevedono controlli oltre che per B/C/Hiv anche per A e parvovirus, due controlli non sono presenti nel plasma di provenienza italiana. L'Aifa ha rilevato questa non conformità regolatoria formale, l'Iss ha certificato che il prodotto è comunque sicuro, come confermato dal parere reso dal Ccs su richiesta del ministero». Fine della storia.

Mentre il parere del Ccs resta secretato dalla Salute, intenzionata a far scemare il livello d'attenzione sulla vicenda, gli addetti ai lavori ragionano sulla svolta epocale che ha appena investito il settore con l'approvazione - il 16 dicembre, in Conferenza Stato-Regioni - dell'accordo che ridisegna i requisiti minimi per l'esercizio di tutte le attività trasfusionali, adeguando definitivamente il sistema nazionale alle direttive comunitarie già recepite nella normativa italiana tra il 2005 e il 2007.

«Una base imprescindibile per l'erogazione dei Lea in materia di attività trasfusionale e una garanzia per donatori, pazienti e operatori» dicono all'unisono i presidenti di due delle principali associazioni di settore, **Vincenzo Saturni** (Avis) e **Luigi Cardini** (Fratres).

Il perché nei contributi degli esperti che ospitiamo in queste pagine.

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Centro nazionale sangue è im-

pegnato a promuovere il massimo grado possibile di armonizzazione e omogeneità dei criteri di verifica nonché a garantire il mantenimento delle competenze dei valutatori iscritti nell'elenco mediante richiami formativi a cadenza annuale.

Il "passaggio in Europa" del sistema sangue italiano aiuta certamente a comprendere la complessità, spesso sottovalutata per scarsa conoscenza, delle attività svolte dai servizi trasfusionali nel modello organizzativo italiano, nel quale coesistono attività clinico-assistenziali, attività socio-sanitarie correlate al rap-

porto con i donatori e le loro associazioni e federazioni, insieme a processi produttivi oggi rigorosamente regolati, inerenti al trattamento di prodotti terapeutici e materie prime di origine umana, cui peraltro si associano istanze etiche di alto rilievo e massima delicatezza.

Per questo, è necessario che i professionisti sappiano coniugare specifiche competenze mediche e biotecnologiche con buone competenze di ordine gestionale e una adeguata padronanza delle metodologie di implementazione e conduzione dei sistemi di gestione per la qualità riferite anche a tutti gli aspet-

ti di tipo regolatorio, di buone pratiche (GPs) e di buone norme di fabbricazione (GmPs).

Le associazioni e federazioni dei donatori di sangue, che gestiscono oltre il 50% delle attività di raccolta del sangue sul territorio nazionale, sono a loro volta chiamate a gestire un rilevante cambiamento in termini qualitativi che, almeno in alcune realtà, potrà avere ricadute importanti, ma dovrà comunque mirare all'obiettivo.

È auspicabile, infine, che le Regioni e Province autonome che ancora non hanno pianificato interventi di consolidamento delle attività produttive delle strutture trasfusionali effettuino idonee valutazioni di impatto del nuovo sistema regolatorio sui processi produttivi di lavorazione e qualificazione del sangue e degli emocomponenti, nell'ottica di conseguire quelle economie di scala che, oltre a generare un recupero di risorse, offrono un indubbio miglioramento della qualità, sicurezza e standardizzazione dei prodotti trasfusionali.

Giuliano Grazzini

Direttore Generale

Centro nazionale sangue
Istituto superiore di Sanità

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL GIUDIZIO DELLE ASSOCIAZIONI**«Garanzie assolute a donatori e riceventi»**

L'approvazione dei requisiti minimi tecnologici, strutturali e organizzativi dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta, gestite dalle associazioni e federazioni di donatori di sangue, costituisce il presupposto della garanzia di trattamento uniforme del donatore volontario, responsabile, periodico ovunque si rechi a donare, ma anche del paziente-ricevente il quale, sottoposto a terapia con emocomponenti ed emoderivati, riceve prestazioni che costituiscono Livelli essenziali di assistenza da erogare in maniera omogenea sul territorio nazionale.

L'effetto dell'applicazione di questi requisiti e dei conseguenti percorsi di autorizzazione e accreditamento di tutte le strutture trasfusionali rappresenta, quindi, una garanzia di standardizzazione dei processi e dei prodotti ottenuti che derivano dal valore etico della donazione, nella prospettiva di raggiungimento dell'autosufficienza nazionale, in termini quantitativi e qualitativi e nel rispetto dei massimi livelli possibili di qualità e sicurezza.

Questa valorizzazione etica del dono, attraverso percorsi omogenei, standardizzati e rispondenti ai requisiti in oggetto, costituisce oggi il core business del sistema trasfusionale e, tra l'altro, rappresenta il primo passo per la definizione delle caratteristiche del plasma italiano, come Plasma Master File, destinato alla lavorazione attraverso il frazionamento industriale per la produzione di medicinali plasma derivati.

I requisiti minimi organizzativi, strutturali, tecnologici delle unità di raccolta costituiscono, in perfetta analogia con quelli dei servizi trasfusionali, le caratteristiche atte a garantire percorsi uniformi in tutte le fasi inerenti al prelievo degli emocomponenti donati. Oggi sono infatti presenti in Italia oltre duemila unità di raccolta gestite da associazioni e federazioni di donatori di sangue, sotto la responsabilità tecnica dei servizi trasfusionali di riferimento, che vedono sul territorio nazionale un'estrema varietà di declinazione delle proprie caratteristiche: dalle grandi unità di raccolta associative strutturate con attività quotidiana, alle sedi temporanee, ai

punti prelievo predisposti presso strutture sanitarie, aziende, scuole o parrocchie, fino alle strutture di raccolta mobile come le autoemoteche e i camper.

Ogniquale si effettua la raccolta di un emocomponente da donatore volontario dovrebbe essere applicato ed esperito l'intero percorso di informazione, selezione, visita, giudizio di idoneità, prelievo e assistenza post-donazionale atto a garantire la massima tutela del donatore stesso e ad assicurare le necessarie caratteristiche degli emocomponenti donati.

Il 60% dell'attività di raccolta di emocomponenti sul territorio nazionale, come scelte dei singoli modelli organizzativi delle Regioni, avviene presso le strutture associative in convenzione con le Regioni stesse o con gli Enti sanitari che hanno trasferito tale attività di medicina trasfusionale al volontariato del dono. La corretta applicazione dei requisiti minimi delle unità di raccolta costituisce, quindi, una grande sfida dove tutte le realtà associative responsabilmente potranno raggiungere e ottemperare a quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea in materia. Conseguentemente gli impegni economici delle Regioni dovranno tener conto di tali scelte per innalzare ulteriormente i livelli di qualità della rete trasfusionale.

Nei tre anni previsti per ottenere l'autorizzazione, l'accreditamento e per essere sottoposti alle verifiche ispettive, tutti dovranno adeguarsi ai requisiti minimi per non incorrere nell'esclusione dallo svolgimento delle attività di raccolta. I tempi, inoltre, non sono assolutamente dilazionabili in vista della necessaria applicazione delle normative europee, sia per le attività trasfusionali che per la produzione dei medicinali plasma derivati, e questo anche a tutela del modello trasfusionale italiano basato sulla massima valorizzazione del dono.

Aldo Ozino Caligaris
Presidente nazionale Fidas
Coordinatore pro-tempore Civis

© RIPRODUZIONE RISERVATA.

Tre anni per l'adeguamento

INCONTRO

Certificati online, verso l'intesa

DI GIOVANNI GALLI

Medici e ministero della funzione pubblica verso un'intesa sui certificati di malattia online. Si è tenuto ieri a palazzo Vidoni l'incontro tecnico tra rappresentanti ministeriali e dei sindacati dei professionisti per individuare soluzioni condivise in vista dell'emanazione di una terza circolare del ministro Brunetta sulle sanzioni a carico dei medici inadempienti. È proprio il sistema sanzionatorio, particolarmente pesante (dal deferimento al licenziamento, fino alla perdita della convenzione per chi opera nella medicina generale), a preoccupare i medici.

Intanto, secondo i dati resi noti dall'Inps, ieri sono stati trasmessi online all'Istituto 133.865 certificati di malattia di dipendenti pubblici e privati. A livello regionale, in testa il Lazio con 17.243 invii, seguita dal Veneto (15.211 certificati online) e dall'Emilia Romagna, con 12.481 invii. Dalla data di attivazione della nuova procedura, il totale dei certificati trasmessi raggiunge così la cifra di 4.886.776 unità, di cui 1.427.515 in Lombardia, 662.734 in Lazio, 435.413 in Veneto.



FECONDAZIONE • Associazioni contro governo

«Siamo pronti a impugnare in ogni sede le norme che saranno emanate in violazione della privacy di tante famiglie italiane». Ad un governo che concepisce la privacy solo in casa Berlusconi, ieri le associazioni Amica Cicogna e Luca Coscioni hanno dichiarato battaglia. Si oppongono al provvedimento inserito quasi di nascosto dall'esecutivo nel Milleproroghe che impone ai centro di fecondazione artificiale di trasmettere al ministero della Salute nomi e cognomi delle coppie che si rivolgono loro per sottoporsi a trattamento di procreazione assistita. «Questa - sottolinea l'avvocato Filomena Gallo, legale delle due associazioni - è una violazione della privacy delle coppie infertili non supportata da nessuna norma nazionale o comunitaria ma solo giustificata dall'ostinazione di un governo a voler impedire in ogni modo il ricorso alla fecondazione assistita a coppie che desiderano avere un figlio. Il Garante della Privacy, già nel 2005, ha chiarito che i dati delle coppie devono essere anonimi e che non può essere istituito il registro dei bambini nati da fecondazione assistita».



Le pagelle della Sanità Tutti i "no" dei torinesi

La Regione: bocciati liste d'attesa, pronti soccorsi e servizi ospedalieri

39%

**chi conosce
il cambiamento**

Secondo il sondaggio commissionato dalla Regione, meno di quattro piemontesi su dieci sanno che esiste un progetto di cambiamento legato alla sanità. Per il 15% del campione la svolta è necessaria

54%

**chi non ne
è al corrente**

Più della metà dei piemontesi non sa che la sanità è oggetto di una riforma da parte della giunta Cota: il 27% non risponde al quesito, mentre il 62% è d'accordo ad avere un ospedale efficiente ma più lontano da casa

MAURIZIO TROPEANO

I torinesi rimandano a settembre la sanità. Il resto dei piemontesi la promuove con una sufficienza piena. Per i primi il voto è 5,8. Per i secondi il 6,3. È questa la pagella che Swg, l'istituto di ricerca di Milano, consegna alla Regione dopo aver testato un campione rappresentativo di 1000 cittadini. La somma dei due «Piemonti» porta ad una media del 6 accompagnata dalla richiesta al governo regionale di fare investimenti in questo settore. In base all'indagine, infatti, la sanità è al terzo posto tra le priorità dopo le voci occupazione-lavoro e opportunità per i giovani.

La ricerca fotografa il sistema sanitario regionale prima della riforma voluta dalla giunta Cota ed è la base di una successiva indagine di scenario sui cambiamenti introdotti che, probabilmente, è servita al governatore per imporre un cambio di marcia nell'applicazione delle nuove norme. Non

è un caso che il governatore abbia deciso di lanciare precisi segnali che fissando una cornice generale invariabile introduce la massima flessibilità degli strumenti. L'obiettivo è quello di ottenere il massimo del consenso sociale, riducendo la conflittualità a livello territoriale, soprattutto nelle roccaforti leghiste.

Partiamo dalla situazione esistente. Il 64% del campione considera il punto critico del sistema le liste d'attesa. Percentuali decisamente più basse di mancato gradimento registrano pronto soccorso e servizi ospedalieri con il 23%. Da migliorare anche il servizio offerto dai medici di base e di famiglia (18%) dei servizi distrettuali e ambulatoriali specialistici (15%) e poi consultori (10%) e IIS (9%).

La necessità di intervenire per ridurre le liste d'attesa è la prima richiesta che emerge nell'indagine di scenario. Swg, su richiesta della Regione, ha testato la fiducia nei confronti del servizio sanitario regionale rispetto

a quello nazionale, la conoscenza della scelta della giunta di fare una riforma e il gradimento della stessa sul campione.

I risultati hanno convinto la Regione ad avviare, a partire dalla prossima settimana, una massiccia campagna di comunicazione sui contenuti della riforma. Ad oggi, infatti, il 39% dei piemontesi sa che esiste un progetto di cambiamento mentre il 54% no. E l'informazione è arrivata soprattutto dalla stampa locale e dalle televisioni locali.

Dal punto di vista di Cota - che sulla riforma ha investito molte fiches politiche - la campagna di comunicazione è giustificata anche dal fatto che il 30% degli intervistati non ha una posizione certa sulla riforma, mentre percezioni positive si alternano a quelle negative. I ricercatori hanno chiesto agli intervistati di esprimere il loro giudizio attraverso un aggettivo. Per il 15% del campione la riforma è necessaria, per il 12% è miopia. Per l'11% è sensata mentre per il 7% è distruttrice e per il 6% indispensabile. Giusto e in-

giusto si equivalgono (5%). In coda moderna (4%), radicale (3%) ed efficace (2%).

La somma di questi giudizi porta a quello che i ricercatori definiscono «accordo risicato»: il 40 per cento del campione è d'accordo nel fare la riforma, il 33 per cento no mentre il 27% non risponde al quesito. I ricercatori di Swg hanno anche testato i motivi dell'accordo e del disaccordo. La paura maggiore è legata ad una percezione sul peggioramento della qualità dei servizi offerti perché non si dovrebbe risparmiare sulla salute del cittadino. Il giudizio positivo è legato alla convinzione da parte degli intervistati della necessità di ridurre costi troppo alti e al miglioramento del servizio. È probabile che la campagna di co-



municazione istituzionale proverà ad esaltare i primi e a smontare i secondi, sfruttando anche il fatto che il 62% del campione intervistato è d'accordo ad avere un ospedale efficiente ma più distante da casa. Una percentuale che sale all'80% tra le persone che godono di ottima salute e scende al 47 in quelle con uno scarso stato di salute.

Farmaci, al via le nuove regole

Settimana decisiva per la sanità: sul tavolo piano di rientro e stabilizzazioni

PIERO RICCI

TRE delibere in sette giorni: per l'assessore alle politiche della salute, Tommaso Fiore è cominciata una settimana campale. Dagli adeguamenti sul piano di rientro, ad alcuni ritocchi sul riordino ospedaliero fino al caso dei medici stabilizzati illegittimamente come sentenziato dalla Corte costituzionale.

La prima delle tre delibere è stata approvata ieri dalla giunta regionale per integrare il piano di rientro in materia di spesa **farmaceutica**. La Puglia, in pratica, recepisce le integrazioni proposte dall'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco, tanto per la **farmaceutica** territoriale che per quella ospedaliera. Sulla prima spicca l'orientamento di incentivare l'uso del farmaco non griffati, procedure di acquisto di farmaci, in forma centralizzata a livello regionale e l'erogazione diretta sia dell'ossigeno liquido che dell'assistenza integrativa dei prodotti per diabetici. Per la **farmaceutica** ospedaliera scatta la verifica del recupero degli sconti per i farmaci soggetti a rimborsabilità condizionata compresi nei registri Aifa.

Molto attesa anche la delibera che tampona la falla creata dalla sentenza della Corte costituzionale

Approvata la prima di tre delibere: stop alle medicine firmate, sì alle erogazioni dirette

nale che ha bocciato la stabilizzazione di medici, veterinari, psicologi stabilita a fine 2007 e andata in porto nel 2010. L'assessore

Fiore ha già detto che per tutti, i contratti di lavoro a tempo indeterminato saranno trasformati in contratti a termine biennali e organizzare per il 2012 la macchina dei concorsi per aprire all'esterno la partecipazione dei candidati. Gli uffici dell'assessorato sono al lavoro per avere un quadro certo delle stabilizzazioni fatte. Le direzioni generali sono state allertate in vista del monitoraggio che «non produrrà provvedimenti» dicono in assessorato — prima di lunedì prossimo».

Intanto procede il lavoro della cabina di regia tra giunta e capigruppo di maggioranza per attenuare l'impatto dei tagli imposti dal piano di rientro sul riordino ospedaliero. Ieri c'è stato un nuovo incontro con l'assessore Fiore per studiare un percorso di riqualificazione degli ospedali da chiudere. Sancito il principio della «contestualità e della progressività», l'assessore si è impegnato a elaborare una delibera che fissa i day service, un'assistenza chirurgica diurna che non prevede la presenza di posti letto ma che qualificerebbe la risposta sanitaria nei presidi che perderanno il codice ospedale. Il Pd, con il capogruppo Antonio Decaro e il responsabile sanità del partito, Pino Romano, ha annunciato la presentazione di una proposta di legge che riapre la possibilità per i diciotto ospedali da tagliare di essere riconvertiti in rsa, residenze sanitarie. Per facilitare la contestualità tra chiusura dell'ospedale e apertura della rsa, la proposta di legge del partito democratico dispone l'accreditamento provvisorio per sei mesi in modo da espletare quello definitivo.

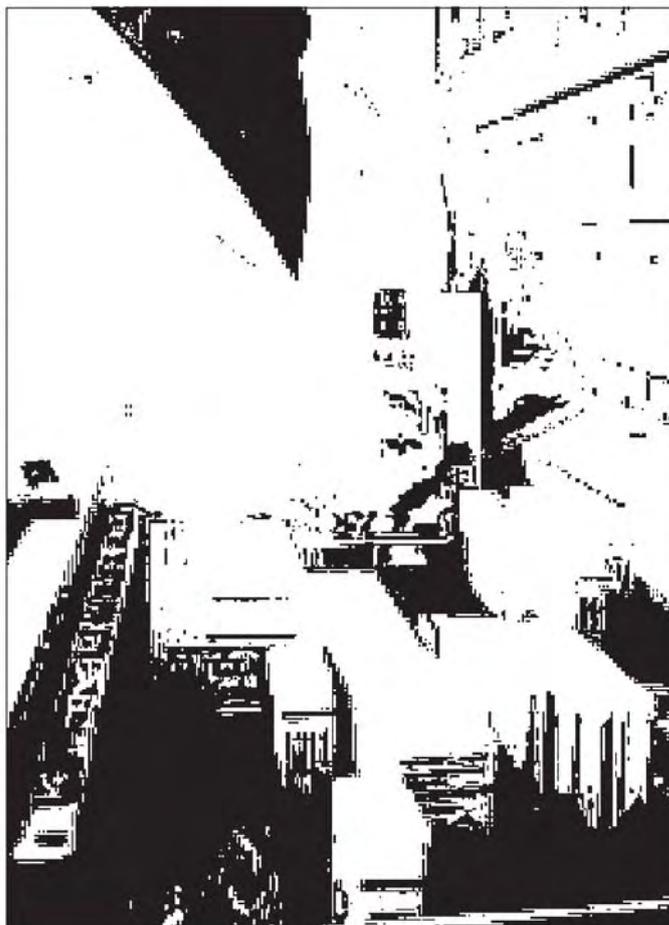


FARMACI L'intesa tra Poste e **Farmindustria**, con un apposito tavolo congiunto di garanzia

Farmacisti ospedalieri, attento controllo su medicine a domicilio

□ Il progetto che prevede che alcuni farmaci ospedalieri vengano "recapitati direttamente al domicilio di persone colpite da gravi malattie croniche che devono essere assistite presso la loro abitazione, sul modello di quanto già sperimentato qualche anno fa dalla Croce rossa italiana nel Lazio", deve essere "portato avanti con la massima garanzia di sicurezza per questi pazienti".

E' l'auspicio della Società italiana di farmacia ospedaliera e dei servizi **farmaceutici** delle aziende sanitarie (Sifo) e del Sindacato nazionale dei farmacisti dirigenti del Ssn (Sinafo) per l'attuazione dell'intesa tra Poste e **Farmindustria**, che ha determinato anche la nascita di un apposito tavolo congiunto di garanzia con la Federazione Ordini farmacisti italiani (Fofi). "I farmaci così consegnati sono di uso ospedaliero - spiega Laura Fabrizio, presidente Sifo, in una nota - sarebbero limitati a pazienti selezionati non autosufficienti, da analizzare caso per caso nei singoli contesti locali. La nostra società, che può garantire un'adeguata copertura territoriale a livello sia ospedaliero sia distrettuale, auspica che il progetto sia portato avanti con la massima garanzia di sicurezza per questi pazienti. Per una sua corretta attuazione, Sifo confida nel ruolo di garanzia di Fofi, in quanto rappresentativa di tutti i farmacisti italiani, per monitorare la distribuzione del farmaco a domicilio del paziente in ogni sua fase, promuovendo la continuità ospedale-territorio e salvaguardando la professionalità del farmacista, ma soprattutto per assicurare ai pazienti uni-



formi garanzie di qualità dei processi di assistenza **farmaceutica** in ogni area del Paese essi risiedano".

Nel sottolineare che l'erogazione dei farmaci è parte integrante e delicatissima di tale filiera, la Sifo ricorda che le molecole oggetto di consegna tramite pony o postini sono quelle del prontuario ospedale-territorio comprese nell'elenco Pht. Vi rientrano pertanto diversi medicinali essenziali per la cu-

gia ed epidemiologica, la corretta conservazione, soprattutto nel caso di medicinali che necessitano del rispetto della catena del freddo e, non ultimo, il rispetto della privacy del paziente.

"Compiti complessi - sottolinea Pietro Finocchiaro, segretario nazionale Sifo - che spettano sempre, pur con diverse declinazioni, ai farmacisti in farmacia, sia in ospedale sia sul territorio. Se si pone il caso del paziente grande invalido per il quale non è garantibile un servizio costante dell'assistenza domiciliare nella consegna dei farmaci, o in situazioni in cui i parenti non possono assicurare un rifornimento costante e regolare di tali medicinali al loro congiunto malato, ben venga un'opzione in più, come quella prospettata dall'accordo Poste-**Farmindustria**. Limitatamente a casi di criticità assistenziale riconosciuta e per i quali non sia stata trovata o non sia auspicabile un'altra soluzione. A patto però di concordare le modalità di tale servizio grazie al tavolo già costituito, e di monitorare l'esperimento in ogni suo passaggio. Tutto ciò a garanzia, prima di tutto, della sicurezza dei pazienti in tal modo assistiti". Antonio Castorina, segretario nazionale del Sinafo, ribadisce: "L'atto dispensativo deve avvenire in ogni caso in farmacia sia per motivi amministrativi, in quanto il farmaco è acquistato dalla sua amministrazione, sia, soprattutto, per motivi sanitari legati all'atto professionale dell'erogazione del farmaco che è una delle responsabilità peculiari del farmacista ospedaliero e territoriale".

ra di patologie croniche e gravi (sclerosi multipla, insufficienza renale cronica, tumori), che devono essere attentamente monitorati e per i quali è necessaria un'attenta sorveglianza da parte della struttura specialistica, per assicurare la maggiore appropriatezza diagnostico-assistenziale, per verificare parametri importantissimi quali l'accettabilità da parte del paziente, il profilo rischio/beneficio, la vigilanza farmacolo-