

# quotidianosanita.it

Venerdì 27 SETTEMBRE 2013

## Def 2013. Moirano (Agenas): "No a tagli lineari ma serve una riorganizzazione del sistema"

***"Il nostro Ssn paga il doppio delle chirurgie e il triplo dei laboratori di analisi che ci servono". "Per non parlare dei punti nascita, con la sostanziale inapplicazione delle norme che prevedono la chiusura di quelli con meno di 500 parti l'anno". "Non possiamo far finta di nulla, gli sprechi ci sono ancora, eccome"***

"No a nuovi eventuali tagli lineari non più sopportabili dal sistema, ma è giunta l'ora di cambiamenti per discontinuità che vadano a toccare tutti gli sperperi tutt'ora presenti, in modo da generare risparmi da poter reinvestire all'interno del settore e delle stesse Regioni". Così il direttore Agenas, **Fulvio Moirano**, ha commentato a *Quotidiano Sanità* la nota aggiuntiva del Def 2013.

"La questione tocca anche i Lea, argomento sul quale è in corso una lunga discussione tra 'lista positiva' e 'lista negativa'. Qualcosa su quest'ultima, cioè su alcune spese non appropriate, è stato fatto - ha detto - Su molte attività mediche che oggi vengono effettuate a carico del Ssn, dobbiamo dire che non vi sono evidenze scientifiche che mostrino chiaramente la loro effettiva 'necessità'. La 'selettività' citata nel testo della nota aggiuntiva al Def mi auguro che possa esser letta in quest'ottica, ossia che la parte pubblica si faccia carico di ciò che realmente serve ai cittadini".

"Ricordiamoci che c'è il grande problema del debito pubblico che ci mette in condizioni di obiettiva difficoltà rispetto ad altri Paesi europei per quanto riguarda il finanziamento della sanità - ha proseguito Moirano - In questi ultimi anni c'è stata una forte contrazione della spesa, non si può andare ulteriormente ad attaccare il finanziamento del Ssn, però ci sono ancora degli spazi di manovra enormi per una riorganizzazione e copertura dei bisogni emergenti. La riorganizzazione delle reti di emergenza ospedaliera e soprattutto territoriale, ad esempio, deve ricevere una forte spinta".

"Se il nostro Ssn paga il doppio delle chirurgie che ci servono o il triplo dei laboratori analisi che ci servono, per non parlare dei punti nascita - nonostante la presenza di una norma che imponga la chiusura delle strutture con meno di 500 parti l'anno - non possiamo far finta di nulla. Dobbiamo agire su questi sprechi", ha concluso il direttore Agenas.

*Giovanni Rodriguez*

# “Creiamo un TripAdvisor degli ospedali italiani così i cittadini potranno scegliere l'eccellenza”

Il ministro Lorenzin: “Servirà anche a razionalizzare le risorse. Dati sanitari online”

www.ecostampa.it

**MICHELE BOCCI**

ROMA — «Voglio creare il TripAdvisor degli ospedali italiani». Il ministro alla Sanità Beatrice Lorenzin si butta sull'*open data* e scommette: sarà internet a suggerire ai cittadini dove curarsi. Come lavorano i chirurghi di quel reparto? Sono efficaci le terapie dell'oncologia della mia città? Quanto rischia una ricaduta che passa da una determinata medicina interna? Tutte domande che, insieme a molte altre, troveranno risposta in un sito del ministero. Conterrà una rielaborazione dei dati di tabelle e diagrammi piuttosto astrusi per ora riservati a tecnici ed esperti. «Siamo nell'era della trasparenza. Si sa tutto di tutti. Non vedo perché i risultati del lavoro degli ospedali debbano rimanere segreti».

**E i cittadini, ministro, faranno "recensioni" come sul noto sito dedicato a hotel e ristoranti?**

«Inizialmente potranno esprimere pareri su aspetti come l'accoglienza del personale, la pulizia dell'ospedale, l'umanizzazione delle cure. Fargli dire la loro su aspetti propriamente sanitari è più delicato. Magari si potrebbero inserire i commenti di questo

tipo in sezioni che possono essere consultate solo dagli addetti ai lavori».

**Partiamo dall'inizio: perché vuole rendere pubblici i risultati sanitari degli ospedali?**

«È il momento di avere più coraggio ed essere trasparenti. Siamo nell'era degli *open data* e le informazioni sul nostro sistema sanitario devono circolare. I dati esistono già, bisogna solo renderli consultabili da tutti, eliminare i percorsi farraginosi con cui arrivano al ministero. Gli ospedali li trasmettono alle Asl, queste li mandano alle Regioni e infine vengono inviati qui. Li faremo arrivare direttamente a noi per poter aggiornare in tempo reale i numeri sui risultati dell'assistenza ospedaliera, invece che pubblicarli con cadenza annuale».

**A cosa servirà il sito?**

«Prima di tutto permetterà al paziente di decidere dove curarsi. Dovrà essere semplice da consultare. Hai un problema al cuore e abiti vicino al San Camillo di Roma? *Online* potrai recuperare i dati sulla mortalità in quell'ospedale per l'intervento di cui hai bisogno. Se troverai un reparto migliore altrove, potrai decidere di spostarti. Negli Stati Uniti esiste già una cosa del genere e si possono addirittura vedere gli esiti

del lavoro dei singoli chirurghi. Ma il sistema ci servirà anche a capire il livello di efficienza delle strutture, farà suonare dei campanelli di allarme immediatamente, senza dover aspettare due o tre anni per capire che in un certo reparto qualcosa non va. E si potranno fare interventi di razionalizzazione: tagli di posti letto, o accorpamenti».

**Mettere tutti i dati online farà arrabbiare le Regioni, da sempre restie a vedere i loro ospedali inseriti in una classifica.**

«Non devono ragionare in una logica di buoni e cattivi, la valutazione serve a migliorare i sistemi sanitari, non a innescare una competizione. Tra l'altro questa sorta di TripAdvisor degli ospedali potrebbe anche ridurre gli spostamenti da una Regione all'altra, soprattutto dal Sud al Nord. Grazie ai dati *online*, infatti, chi vive nel Meridione potrebbe scoprire che una struttura vicina a dove vive ha dati ottimi in una certa specialità, simili o migliori di quelle del Nord. Magari il cittadino calabrese o pugliese ha dietro casa un'oncologia che funziona. Il sistema può smentire luoghi comuni e incentivare chi non funziona a fare meglio. Sarà utile anche a livello europeo».

**In che senso?**

«Tra poco entrerà in vigore la legge Ue che permetterà ai cittadini di viaggiare senza vincoli da un Paese all'altro per curarsi. Sarà importante comunicare la qualità delle strutture italiane a chi vive all'estero per attrarre i pazienti».

**Quando partirà il sito?**

«Prima possibile. I soldi non sono un problema perché ci sono software che costano pochissimo per gestire sistemi del genere. E poi per l'*open data* ci sono fondi della Presidenza del consiglio ma anche nostri e di l'Agenas, l'agenzia sanitaria delle Regioni».

**Con la tessera sanitaria avrete a disposizione anche i dati dei pazienti. Di quelli cosa farete?**

«Si tratta di un'altra sfida, da affrontare tenendo conto della privacy. Far circolare le informazioni sanitarie delle persone servirà ad avviare campagne di salute pubblica, ad esempio di screening, oppure di organizzare i servizi di assistenza e valutare l'appropriatezza delle cure. Abbiamo un immenso *data base* sulle condizioni di salute degli italiani ma anche informazioni utili da incrociare con altre. Penso a quelle sull'esenzione del ticket, che possono servire a fare controlli sugli evasori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**1.500**



**GLI OSPEDALI**

Tra pubblici e privati convenzionati, gli ospedali attivi in Italia sono 1.500

**10,7 mln**



**I RICOVERI**

Questo è il numero totale dei ricoveri fatti, ogni anno, nei reparti ospedalieri italiani

**69 mln**



**LE GIORNATE**

A tanto ammontano le giornate di ricovero in ospedale fatte dagli italiani in un anno

**6,8**



**LA DEGENZA MEDIA**

Questo è il numero dei giorni di degenza (media) in un reparto ospedaliero per pazienti gravi

**316 mila**



**I PARTI**

I ricoveri per parto fatti in un anno ammontano a 316 mila: sono quelli più frequenti

**In numeri**

**I pregiudizi**

Le obiezioni delle Regioni? Dobbiamo superare i pregiudizi, il progetto sarà utile anche per questo

**Il futuro**

Dobbiamo confrontarci con l'Europa, prepararci al futuro: siamo nell'era della trasparenza e degli *open data*

Home **Lavoro e professione**

LAVORO E PROFESSIONE

## Le reazioni all'intervista a Beatrice Lorenzin/ 2: «La strada è giusta ma difficile da percorrere»

26 settembre 2013 Cronologia articolo

Tweet



Proseguono le reazioni (**VEDI LE PRECEDENTI**) all'intervista de Il Sole-24 Ore alla ministra della Salute (**VEDI**) Beatrice Lorenzin. L'industria sottolinea la necessità di valorizzazione del Ssn come volano dell'economia. I manager la necessità di una ristrutturazione generale del sistema puntando a qualità della programmazione e del management. Gli Ordini sottolineano che oltre a essere «generosa», la ministra dovrà anche essere «coraggiosa e tenace» per raggiungere gli obiettivi descritti. E i sindacati ricordano a proposito della necessità di «fare tutti un passo indietro» come ha detto il ministro, che tra contratti e turn over bloccati più indietro di così il personale non può più andare.

**Massimo Scaccabarozzi**, presidente **Farmindustria** «Raramente si è visto un ministro della Salute così determinata a dare una svolta in questo settore, nella convinzione che il suo ministero deve tutelare il cittadino ma anche contribuire a dare slancio all'economia. Il ministro va sostenuto e aiutato nel percorso che ha intrapreso. Per quanto ci riguarda, come aziende farmaceutiche, stiamo ancora subendo gli effetti di interventi decisi da Governi precedenti e ci auguriamo che le nuove scelte per il settore prevedano l'adeguamento dei tetti di spesa - in particolare quello dell'ospedaliera - ai consumi reali, altrimenti ci saranno aziende che rischieranno la chiusura».

**Valerio Fabio Alberti**, presidente **Fiaso** «Concordo con il ministro sull'individuazione di alcune criticità e la necessità di intervenire, a partire dall'affermazione che il Ssn ha già dato e quindi non è più comprimibile il finanziamento al sistema sanitario. Altra questione condivisibile è quella degli investimenti: con i bassi investimenti attuali in tecnologie e strutture si rischia l'obsolescenza del patrimonio esistente. Siamo fortemente convinti che sia necessaria una ristrutturazione generale del sistema: per spendere meglio le risorse esistenti servono qualità della programmazione e qualità del management».

**Amedeo Bianco**, presidente **FnomCeO** «Ritengo che il difficilissimo lavoro, che ormai da alcuni decenni incombe sui ministri della Sanità/Salute, sia quello di garantire la sostenibilità del Ssn, fondamentalmente finanziato dalla fiscalità generale e imputato ai capitoli di spesa pubblica. Questo crea una oggettiva vulnerabilità del sistema nelle fasi di recessione economica ed in particolare allorché si ritiene necessario intervenire sulla spesa pubblica. La legge di Stabilità e il Patto della Salute, in combinato disposto, costituiscono il banco di prova di quanto fatto e di

### NEWSLETTER

Iscrivendoti alla Newsletter puoi ricevere una selezione delle principali notizie pubblicate. E' necessaria la registrazione

[Iscriviti gratuitamente >](#)

### Sfoggia Sanità in PDF

#### Ultima uscita



nr. 34  
24-30 sett. 2013

[Sfoggia PDF >](#)

[SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA >](#)

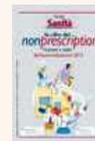
#### Uscite precedenti:

- nr. 33 17-23 sett. 2013
- nr. 31-32 9-16 sett. 2013
- nr. 29-30 30 lug. 2013

[Consulta l'archivio >](#)  
[Gestisci abbonamento >](#)

### Quaderni PDF

La consultazione dei quaderni di Sanità è riservata agli abbonati. Se non sei abbonato puoi acquistare il singolo quaderno



**Le cifre del nonprescription  
Numeri e indici  
dell'automenicizzazione 2013**

[Sfoggia PDF >](#)

### Sanità risponde

Invia alla nostra redazione le tue domande e consulta l'archivio dei quesiti.

[Invia un quesito >](#)

quanto ragionevolmente si deve fare.

Nell'intervista la ministra Lorenzin coglie e sinceramente mi auguro riesca, a far comprendere che la sanità pubblica ha dato moltissimo al risanamento della finanza pubblica e che oltre non si può andare salvo violare quel patto di cittadinanza che prevede l'universalismo e l'equità di accesso alla tutela della salute. Mi pare altresì che colga appieno l'insidia insita in alcune affermazioni che si rincorrono ad esempio: l'universalismo selettivo. Vorrei a proposito ricordare che la costruzione civile, sociale ed etica del nostro Ssn ormai da dodici anni ha chiarito che non si tratta di dare tutto a tutti bensì quelli che, in base a criteri di appropriatezza ed efficacia, sono definiti Lea, ad oggi fermi sulla linea di partenza del 2001.

Dunque basta tagli lineari che sottraggono risorse e si a una spending review di qualità in grado quindi di recuperare risorse, che devono restare nel sistema per consentire processi di riqualificazione delle organizzazioni sanitarie e per incentivare i professionisti, che sono i protagonisti dei cambiamenti. Così come è stato fatto per la scuola, dopo anni di stretto rigore finanziario, occorre dare un segnale positivo di attenzione e considerazione alla sanità pubblica, in grado di essere letto e interpretato come tale dai cittadini e dai professionisti.

Va certamente in questa direzione la volontà della ministra Lorenzin di investimenti strutturali e tecnologici per 2 miliardi che incida su sprechi, in appropriatezza e illegalità. Dovrà essere oltre che generosa, come simpaticamente conclude nell'intervista, anche coraggiosa e tenace, doti che non mi pare le manchino. Questa volta il ministro della Salute va all'appuntamento con tutti compiti a casa ben fatti nella sua cartella».

**Roberto Lala**, *segretario nazionale Sumai* «Certamente sono da apprezzare le rassicurazioni del ministro Lorenzin in merito al fatto che non vi saranno altri tagli alla sanità e alla sua volontà di proseguire la lotta agli sprechi. Guardo con favore anche all'ipotesi di destinare 2miliardi di risparmio sulla spesa pubblica agli investimenti strutturali, un aspetto su cui il sindacato sono anni che si batte. Sulla sanità integrativa non ho pregiudizi, ma rimango convinto che il nostro sistema pubblico, soprattutto rispetto al problema delle cronicità, se ben riorganizzato, può far fronte ai nuovi bisogni di salute dei cittadini. Permettetemi infine una battuta rispetto all'invito del ministro a fare tutti un passo indietro. Sono quasi 5 anni che le convenzioni sono bloccate, c'è il blocco del turnover in metà del Paese, il tutto, in un quadro di tagli molto pesanti. Insomma, credo che non si possa andare ancora indietro. È ora che la politica si prenda le sue responsabilità e dia delle risposte, a partire dalla sottoscrizione del Patto della Salute e dall'avvio concreto della riorganizzazione della sanità territoriale».

**Ultimi quesiti:**

▼ **STUDI PRIVATI E FATTURE IVA ESENTI**

Svolgo attività di dietista all'interno di uno studio medico privato. Devo emettere fatture esenti...

▼ **DOCENZA E REGOLE FISCALI**

Svolgo la professione di infermiere professionale. Da quest'anno, previa autorizzazione, svolgo...

[Vedi tutti i quesiti »](#)



©RIPRODUZIONE RISERVATA

**Commenta la notizia**

[Leggi e scrivi](#)

**Permalink**

Direttore responsabile: **Roberto Napolitano**  
 Vicedirettore: **Roberto Turno**  
 redazione.sanita@ilssole24ore.com

Gerenze

**Rapporto Ceis.** I numeri degli ospedali regionali

# Per medici e infermieri organici in esubero

## LE CIFRE

Secondo il «Rapporto Sanità» ci sono 18.800 camici bianchi e 28.800 infermieri in più rispetto al target

■ Spendiamo per la salute il 24% in meno dell'Europa a 14, le famiglie si impoveriscono e nelle regioni canaglia sotto commissariamento (o quasi) gli italiani pagano sempre di più di tasca propria tra ticket e super addizionali. Mentre le risorse per la ricerca sanitaria sono pressoché tutte private e intanto perfino la **farmaceutica** ha lasciato per strada 20mila dipendenti in dieci anni e solo l'anno scorso ha perso il 5% di aziende. Non sono esattamente numeri da vantare, anche sotto differenti profili, quelli della sanità pubblica italiana. Anche se un primato, a quanto pare, lo deteniamo: l'eccesso di medici e di infermieri. Ben 18.800 camici bianchi e dentisti in più e addirittura 28.800 infermieri in esubero rispetto ai posti letto, dopo la potatura praticata ormai da anni negli ospedali.

Non sono di sicuro cifre che faranno piacere alle categorie della sanità quelle presentate ieri dal Ceis dell'Università Tor Vergata di Roma nel nono «Rapporto sanità». Cifre scomode, tanto più dopo anni di blocco dei contratti, pensionamenti, blocchi del turn over e impiego massiccio di precari per tappare le falle nelle corsie. Numeri che sembrerebbero non tornare davanti alle dure prese di posizione dei sindacati. E che potrebbero creare qualche malumore aggiuntivo, se possibile, in vista di una legge di stabilità che sarà spara-

gnina, a dir poco, col Ssn, dopo la tempesta imperfetta della spending review.

Eppure lo studio illustrato ieri a Roma non esita a dare i numeri degli esuberanti - che definisce «potenziali» - dei dipendenti medici e non del Ssn. A causa del taglio dei posti letto della spending, sia chiaro. Secondo il rapporto, che ha per riferimento le dotazioni organiche ospedaliere regionali e che considera come target gli indicatori delle regioni più virtuose (le prime tre con meno infermieri per posto letto e le 5 migliori nel rapporto medici/infermieri), emerge un quadro di organici non esattamente «omogeneamente distribuiti». Ne vengono fuori così scostamenti dal target «decisamente rilevanti»: fino al 25% nelle regioni del centro Italia per gli infermieri; e oltre il 30% per medici e dentisti, con la punta del 34% ancora nelle Regioni del centro del Paese.

Ma sia chiaro: neppure il Nord la fa franca, tanto che dovrebbe ridurre del 13% gli infermieri e del 14% i dottori. Insomma: 28.800 infermieri potenzialmente in esubero e 18.800 medici in più, fotografando la realtà al 2010, dunque «senza tenere conto degli ulteriori tagli di posti letto della spending review». Con valori regionali che oscillano dai 5.632 infermieri in più in Lombardia ai 2.222 del Piemonte e ancora su oltre 4mila nel Lazio e 3.800 in Campania. E ancora in Campania (2.869), Lazio (2.754) e Sicilia (2.260) ci sarebbe il maggior esubero di medici. E se le lame della spending tagliassero ancora? «La forbice di esuberanti - conclude il rapporto - si allargherebbe».

**R. Tu.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





## ANSA/ Si vive di piu' ma peggio,60% over-64 ha problemi economici

ANSA/ Si vive di piu' ma peggio,60% over-64 ha problemi economici  
Rapporto Iss, in Italia si allunga l'attesa di vita

(ANSA) - ROMA, 26 SET - Oggi si vive di piu' ma, purtroppo, in condizioni sempre peggiori. In Italia, ben il 60% degli anziani over-64 dichiara infatti di avere difficolta' economiche. Una situazione di disagio, acuita dalla crisi economica, alla quale spesso si accompagnano stili di vita 'a rischio'. Così, ad esempio, il 19% degli anziani ha un consumo di alcol a rischio e il 9% fuma. E' questa l'istantanea scattata dal Rapporto 'Passi d'argento', realizzato dall'Istituto superiore di sanita' (Iss) intervistando un campione di circa 24.000 anziani in 18 regioni italiane e la Provincia autonoma di Trento.

Gli anziani, evidenzia il Rapporto, sono dunque sempre piu' in difficolta' e, al contempo, si allunga in Italia l'attesa di vita. L'Italia e' infatti il Paese in cui si vive piu' a lungo in Europa, ma non tutti gli anni di vita guadagnati sono in buona salute, anzi gli indici internazionali dicono che c'e' ancora molto da fare anche rispetto agli altri Paesi. Da qui

l'iniziativa della rete di sorveglianza PASSI d'Argento, promossa dal ministero della Salute e coordinata dall'Iss, attiva a livello di Asl e Regioni. Questi i dati del Rapporto:

- LA SALUTE DEGLI ANZIANI: circa il 60% degli intervistati dichiara di avere difficolta' economiche, il 20% vive da solo, il 51% riceve aiuto nelle attivita' principali della vita quotidiana. Il 9% della popolazione intervistata fuma e circa il 19% ha un consumo di alcool considerabile a rischio. Il 38% dichiara di non essere stato vaccinato contro l'influenza nell'ultima stagione. Le persone con disabilita' sono in media il 16% con un gradiente Nord-Sud dal 12% al 22%. Una proporzione di circa il 14% non vede bene, una quota del 18% ha problemi di udito e un 15% di masticazione. Il 60% degli intervistati dichiara di essere iperteso. Il 64% soffre di almeno una malattia cronico-degenerativa (33% malattie cardiovascolari, 13% tumori, 20% diabete, 25% malattie respiratorie croniche).

- PREVENZIONE: molte delle condizioni di rischio per la popolazione anziana, si sottolinea nel Rapporto dell'Iss, 'si possono contrastare con adeguate attivita' di prevenzione o di cura, prevenendo opportunamente alcuni fattori di rischio e favorendo l'invecchiamento attivo. Il 75% degli intervistati dichiara infatti facilita' di accesso al medico di medicina generale, mentre tale proporzione diminuisce se riferita ai servizi della propria ASL (66%). La prevenzione delle cadute, della perdita di vista e udito, il controllo della pressione arteriosa, la promozione dell'attivita' fisica sono oggi perseguibili con interventi di provata efficacia'.

- IN EUROPA: una recente classifica mondiale sul carico di malattie nei diversi Paesi ha collocato l'Italia al secondo posto per attesa di vita, dopo il Giappone, ma al primo in Europa. Rispetto alla stessa valutazione fatta 20 anni prima, l'Italia ha scalato positivamente la classifica (eravamo terzi) a fronte di una spesa sanitaria relativamente contenuta, mentre altri importanti Paesi hanno perso terreno anche con costi maggiori. A livello europeo e' stato inoltre sviluppato un indicatore per misurare il grado di invecchiamento attivo ed in buona salute della popolazione oltre i 64 anni di eta' e secondo tale indicatore, nel 2012, l'Italia si classifica solo quindicesima (su 27). L'obiettivo della strategia europea Active and Healthy Ageing

e' di ridurre di almeno 2 anni la disabilita' che accompagna gli ultimi 10-15 anni di vita dei nostri anziani entro il 2020. (

## Visti da lontano

di **Massimo Gaggi**

# Chiami un dottore? Ti risponde sul web



**La sanità Usa  
costa molto  
E certe malattie  
vengono curate  
solo via internet**

In uno studio medico uno specialista aggiorna le terapie d'un gruppo di diabetici, in un'altra parte dell'ambulatorio è in corso la visita collettiva di un gruppo di pazienti affetti da cirrosi epatica. Un'altra sezione è riservata a chi soffre di alcune patologie del sistema immunitario, Hiv compreso. Da un po' di tempo l'ospedale della University of California di San Diego ha cominciato a combattere i costi crescenti della sanità e una relativa scarsità di medici con uno strumento apparentemente estremo: le visite di gruppo. Un esperimento che presenta molti problemi, a partire da quelli di tutela della privacy (i malati firmano un impegno a non parlare in giro dei casi degli altri pazienti visitati con loro) ma che, dicono gli esperti, sta funzionando. E che già viene imitato nei centri medici di altri Stati, dal North Carolina all'Ohio, passando per il Massachusetts.

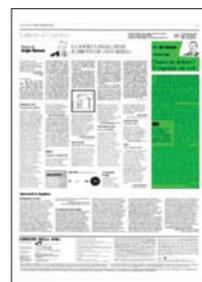
La sanità Usa, si sa, ha costi molto più elevati di quella europea. E *Obamacare*, la riforma del presidente Obama che i repubblicani stanno disperatamente tentando di bloccare prima che vada pienamente a regime, la prossima settimana, nel migliore dei casi offrirà risposte molto parziali a questi problemi. Alcuni sono strutturali, come l'alto costo della laurea in medicina: i dottori non sono molti e devono farsi pagare parecchio, perché quasi sempre hanno un pesante debito universitario da ripagare. Molti cittadini hanno così cominciato a provare a curarsi da soli via Internet, utilizzando le apposite applicazioni o siti, come Isabel, che forniscono

ipotesi di diagnosi sulla base dei sintomi che vengono descritti. Molto rischioso, ma i medici hanno capito che il web può servire anche a loro — visite molto più rapide — se i pazienti arrivano avendo già compilato i questionari elettronici.

L'altro strumento che viene usato sempre più spesso è quello delle visite a distanza: un medico che va a trovare un paziente che non può uscire da casa, presenta senza problemi un conto di quattro-cinquecento dollari. Che si riducono a 85 se la visita viene fatta via computer, con l'assistenza video di una webcam e, magari, anche di un iPhone col quale si trasmettono immagini di una gola arrossata, di un gonfiore, di uno sfogo cutaneo. Funziona solo per certe malattie, è ovvio: un cardiopatico in attesa di chirurgia a cuore aperto difficilmente può essere trattato a distanza. Ma nel caso di molte patologie croniche, che richiedono controlli periodici e semplici correzioni della terapia, può funzionare. Col rapido aumento di queste patologie e l'invecchiamento della popolazione, che fa salire esponenzialmente la domanda d'assistenza sanitaria, è più che probabile che queste forme di medicina collettiva e a distanza continuino a diffondersi. Negli Stati Uniti, ma anche nei Paesi europei che, pur con sistemi sanitari più bilanciati, devono affrontare sfide analoghe. Avendo, oltretutto, popolazioni mediamente più anziane di quella americana.

 @massimogaggi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



stampa | chiudi

MEDICINA

# Nuovo farmaco in commercio per ridurre la dipendenza dall'alcol

*Agisce sui recettori degli oppioidi, riducendo gli effetti di rinforzo dell'alcol e quindi il consumo*

Dal primo ottobre 2013 sarà venduto in Italia il primo farmaco autorizzato per la riduzione del consumo di alcol in soggetti con alcoldipendenza provata: il Nalmefene. Il comitato per i medicinali per uso umano (CHMP) ha approvato il farmaco per la disassuefazione della dipendenza da alcool.

**I DATI SULL'ALCOLISMO** - Si calcola siano circa un milione gli italiani con problemi di alcoldipendenza, condizione che comporta importanti conseguenze negative non solo per il diretto interessato, ma anche per il nucleo familiare e per l'intera società. «L'alcoldipendenza è un problema che esplode nelle famiglie e nella società – sottolinea Emanuele Scafato, presidente della Società Italiana di Alcologia -. Esplode nella famiglia devastandola, minando alla base le relazioni, emarginando non solo l'alcol dipendente, ma anche chi con lui o lei vive quotidianamente il dramma di una situazione di estrema difficoltà gestionale. Ci sono dimensioni del dramma alcoldipendenza che non ricevono adeguata attenzione come la violenza intrafamiliare, la violenza o il maltrattamento dei minori o dei conviventi, i comportamenti aggressivi e in alcuni casi di criminalità agita sotto l'influenza dell'alcol».

**ASTINENZA COMPLETA** - Finora l'approccio al paziente con problemi di alcoldipendenza era mirato esclusivamente all'astinenza completa, all'addio definitivo all'alcol. Anche grazie alla disponibilità di un nuovo strumento terapeutico che consente di indurre l'alcol dipendente a diminuire il consumo di bevande alcoliche, oggi sta facendosi largo una nuova strategia di trattamento, basata appunto sulla riduzione del consumo. «Questo approccio terapeutico offre sicuramente diversi vantaggi – spiega Luigi Janiri Professore di Psichiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore -. Primo tra tutti offre il vantaggio di proporre al paziente un obiettivo di trattamento più realistico e quindi più accettato. E un obiettivo accettato e condiviso permette di agganciare meglio il paziente all'interno di un percorso terapeutico più strutturato. È proprio in quest'ottica che la riduzione del consumo diventa uno step intermedio per preparare i pazienti alla completa astensione».

**IL NUOVO FARMACO** - Un altro vantaggio da non sottovalutare è rappresentato dai benefici che anche la sola diminuzione del consumo di alcol può avere sulla salute del soggetto e più in generale sulla sua vita sociale, familiare e di relazione. Ad aiutare il paziente a percorrere la strada della riduzione del consumo, accanto a un intervento di supporto strutturato e personalizzato che deve essere comunque garantito, è oggi il nuovo farmaco (nalmefene) che dal primo ottobre sarà disponibile anche in Italia. Il farmaco agisce modulando il sistema degli oppioidi endogeni e quindi riducendo gli effetti di rinforzo dell'alcol: ciò consente di interrompere il circolo vizioso che spinge le persone alcol dipendenti a continuare a consumare alcol. I risultati degli studi clinici confermano la sua capacità di indurre una riduzione del

***Accessi impropri a centri specialistici, scarso dialogo ospedale-territorio***

## **Indagine su dolore cronico, ancora in troppi senza terapia**

Nella metà dei casi si rivolgono direttamente al centro di terapia del dolore, senza un 'filtro' del medico di famiglia per evitare accessi impropri alla struttura specializzata. In media soffrono di un fastidio severo legato a lombalgia o lombosciatalgia, ma il più delle volte non hanno ancora ricevuto una terapia. Oppure da mesi ne stanno seguendo una sbagliata, soprattutto a base di farmaci antinfiammatori non steroidei Fans (oltre a caso su 3). Questo l'identikit del paziente che in Italia chiede aiuto a un ambulatorio specialistico di terapia antalgica, secondo l'ultima ricerca condotta dall'Associazione pazienti vivere senza dolore nell'ambito della campagna itinerante Link Up, e presentata a Milano. Il progetto, promosso nel 2013 con il patrocinio del ministero della Salute, ha coinvolto 15 centri ospedalieri per la cura del dolore e 65 medici di famiglia Simg (Società italiana di medicina generale). Attraverso appositi questionari l'indagine puntava a verificare come e da chi venissero seguiti i pazienti per la terapia antalgica, e quale

relazione ci fosse tra medico di famiglia e specialista ospedaliero. Complessivamente, sono stati raccolti 1.379 questionari, 855 nei centri specialistici e 524 tra i medici Simg. Analizzando i risultati raccolti nei centri specialistici, emerge che il 46% dei pazienti arriva in queste strutture senza un preventivo screening effettuato - come prevede invece la Legge 38 - dal medico di medicina generale. Ciò determina per i centri la presa in carico di persone che potrebbero essere curate altrove, evitando di allungare l'attesa di chi invece necessita di cure più specifiche. Sia per i pazienti arrivati spontaneamente sia per quelli inviati dal medico di famiglia, è ancora alta la percentuale di malati senza una terapia (rispettivamente 23% e 23,7%) o con terapie non idonee (i Fans restano i più utilizzati, anche per trattamenti oltre i 4 mesi). Scarsa la comunicazione tra medico di famiglia e centro specialistico: in oltre l'80% dei casi il paziente rimane in carico al centro. Per quanto riguarda i dati raccolti negli ambulatori dei medici di medicina genera-

le, l'impiego dei farmaci oppioidi per la cura del dolore risulta ancora sottoconsiderato. Terapie non adeguate potrebbero spiegare l'alta percentuale, pari al 75%, di pazienti con dolore non controllato in carico al medico di famiglia. - "Il progetto che abbiamo realizzato - spiega Marta Gentili, presidente dell'Associazione vivere senza dolore - ha evidenziato come sia indispensabile creare la rete territorio-ospedale. E' necessario costruire un network tra malato, medico di famiglia e specialista del dolore sia per facilitare il percorso di cura dell'assistito, sia per ottimizzare le risorse a disposizione. Educare il paziente sul corretto iter da seguire e continuare nel processo di formazione rivolto al medico di famiglia: sono due obiettivi che, tutti insieme, dobbiamo perseguire per compiere ulteriori passi avanti nell'applicazione della Legge a tutela di chi soffre".

**Paola Olgiati**

# I geni della difesa

## Il sistema immunitario ha una base ereditaria

PIETRO GRECO

**IL LIVELLO DELLE CELLULE IMMUNITARIE CHE CIRCOLANO NEL NOSTRO ORGANISMO PER INDIVIDUARE GLI INTRUSI HA UNA COMPONENTE GENETICA.** Insomma, la nostra capacità di combattere le malattie ha (anche) una base ereditaria. O meglio, ha una componente genetica superiore a quella che le veniva attribuita in passato. È questo, in estrema sintesi, il succo di un importante lavoro pubblicato sulla rivista *Cell* da Francesco Cucca, direttore dell'Istituto di ricerca genetica e biomedica del Consiglio nazionale delle ricerche (Irgb-Cnr) di Monserrato, in provincia di Cagliari, e da una trentina di suoi collaboratori sulle varianti genetiche che regolano i livelli delle cellule immunitarie in persone sane e malate.

Si tratta di un lavoro di biologia cellulare di base. Ed è dunque difficile fare previsioni attendibili sulle applicazioni di queste nuove conoscenze. Tuttavia migliora non poco il quadro delle conoscenze sul rapporto niente affatto banale che esiste tra il sistema immunitario e il sistema genetico. Come spiega Edoardo Fiorillo, un ricercatore dell'Irgb-Cnr che ha collaborato alla ricerca, individuare i geni che influenzano il livello delle cellule immunitarie circolanti può aiutare, in prospettiva, a comprendere e magari a minimizzare il rischio di insorgenza di patologie autoimmuni e di altre malattie.

Naturalmente stiamo parlando di un futuro possibile la cui distanza dal nostro tempo non è prevedibile. Resta l'importanza in sé della nuova conoscenza.

Il lavoro del gruppo di Cucca è frutto di una ricerca lunga e complessa, che ha preso in considerazione 100 diversi tipi di cellule immunitarie che circolano nel nostro organismo e 23 varianti genetiche indipendenti in qualche modo associate a quelle cellule immunitarie (la gran parte delle associazioni sono state individuate o validate da Cucca e dai suoi collaboratori) presenti in un campione di 2.870 persone provenienti da quattro diverse zone della Sardegna.

Apriamo una parentesi. La Sardegna a causa del suo isolamento è terra di estremo interesse per i genetisti. Sono in atto molti studi genetici nell'isola. Il ProgeNia/SardiNia, di cui è parte la ricerca condotta dal team Cucca, sta analizzan-

do oltre 800 diversi parametri biomedici considerati significativi.

Tornando alla ricerca specifica. È la prima volta che viene compiuto uno studio del sistema immunitario e del profilo genetico delle persone così a fondo. In particolare è la prima volta che il sequenziamento completo del genoma, almeno in alcune delle persone del campione, viene associato a studi sul livello delle cellule immunitarie. Il risultato è che Cucca e i suoi hanno dimostrato questo livello dipende fortemente da almeno 23 varianti genetiche indipendenti.

Il sistema immunitario è costituito da una rete estesa a tutto il corpo di organi (dalla milza al midollo osseo), di tessuti, di vasi linfatici e di cellule circolanti in perenne comunicazione tra loro, con l'obiettivo comune di difendere l'organismo dalle aggressioni esterne. Primo compito del sistema immunitario è, dunque, «riconoscere il sé dall'altro» o, come dicono gli inglesi, il *self* da *non-self*. Ciò che appartiene al corpo e ciò che è invece un agente esterno. E poi occorre che il sistema immunitario riconosca l'agente esterno sicuramente amico da quello che amico non è. Le cellule immunitarie che circolano nell'organismo e sono deputate a fare la parte primaria di questo lavoro sono i linfociti e i macrofagi.

Il sistema immunitario - come spiega Alberto Mantovani, l'italiano da poco eletto presidente dell'Unione internazionale delle società di immunologia - è molto articolato. E tra le sue diverse articolazioni propone una «immunità innata», ovvero una parte del sistema di difesa che non è specifica. Ma combatte un po' alla cieca, con un'efficienza relativa. Questa componente è, per definizione, ereditaria. Ed è un accidente congelato dell'evoluzione biologica che si è sviluppata nel tempo profondo e appartiene a tutti gli animali.

I vertebrati - compreso *Homo sapiens* - presentano invece anche una «immunità specifica», capace di combattere agenti, appunto, specifici. Come un particolare virus dell'influenza. L'«immunità specifica» ha una memoria (se mi ammalò oggi di influenza causata da un determinato virus, ho buone probabilità di resistere il prossimo anno all'attacco del medesimo virus). Ma non si pensava che anche l'«immunità specifica» avesse una grossa componente genetica.

I risultati ottenuti dal gruppo del Cnr dimostrano che ci si sbagliava. In un bel libro di qualche anno fa, lo storico della medicina Gilberto Corbellini spiegava che i sistemi biologici hanno diverse grammatiche e parlano diverse lin-

gue. Il linguaggio del sistema immunitario è molto diverso dal linguaggio genetico. Ora sappiamo che malgrado parlino lingue, il genoma e il sistema immunitario comunicano in continuazione e a ogni livello.

**Un'importante ricerca a Cagliari ha dimostrato che la capacità di difendersi dalle malattie è strettamente legata al genoma**

**Il lavoro collettivo coordinato da Francesco Cucca è pubblicato sulla rivista «Cell»**



## **ALLARME MALATTIE REUMATICHE, "COSTANO" ALL'ITALIA 2,8 MLD**

(AGI) - Roma, 26 set. - Pensionamento anticipato, disoccupazione ed esclusione sociale: sono queste le conseguenze piu' comuni a cui vanno incontro in Italia i lavoratori colpiti da malattie reumatiche invalidanti, se non appropriatamente trattati e opportunamente seguiti. Patologie che portano a una perdita di produttivita' di oltre 2,8 miliardi di euro l'anno. Intervenire tempestivamente attraverso una diagnosi precoce e un trattamento appropriato e' indispensabile per evitare la perdita dell'autosufficienza. Questo il monito lanciato a decisori politici, Associazioni, Societa' Scientifiche e Parti Sociali dalla coalizione Fit For Work Italia a conclusione di un programma di lavoro interdisciplinare che ha visto impegnati per oltre un anno esperti clinici, economici e rappresentanti politici in un'analisi critica dell'attuale modello di gestione delle patologie muscolo-scheletriche. L'importanza della diagnosi precoce in Reumatologia e' confermata da un dato drammatico: se si considerano le patologie potenzialmente invalidanti, nel 10% dei casi si registra uno stato di invalidita' lavorativa totale e permanente dopo solo 2 anni dall'insorgenza, nel 30% dopo 5 anni e nel 50% dopo 10 anni. "Cio' significa che la progressione delle malattie reumatiche, se non opportunamente controllata e contrastata, incide pesantemente e in maniera progressiva sulla qualita' della vita, sulla frequenza dei ricoveri e sulla produttivita' - commenta il Professor Giovanni Minisola, Past President della Societa' Italiana di Reumatologia (SIR) e Direttore della Divisione di Reumatologia dell'Ospedale di Alta Specializzazione "San Camillo" di Roma". "Il collegamento tra territorio e grandi Ospedali con vocazione verso modalita' assistenziali innovative ed efficaci puo' essere facilmente realizzato e puo' dare risultati positivi anche nel breve termine senza costi aggiuntivi - sottolinea il Professor Aldo Morrone, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "San Camillo-Forlanini" -. E' sufficiente definire i percorsi e individuare, tra quelle esistenti, le risorse umane, professionali e strutturali da dedicare all'implementazione di specifici progetti". Negli ultimi dieci anni circa il 10% del totale delle nuove prestazioni erogate dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale e' riconducibile a domande accolte per assegni di invalidita' per le patologie muscolo-scheletriche. Complessivamente, tra il 2001 ed il 2012, gli assegni di invalidita' erogati per le malattie delle ossa e degli organi di locomozione sono stati 165.609, un numero inferiore solamente a quello registrato per le patologie legate al sistema circolatorio (318.563) e alle neoplasie (316.706). Inoltre, con riferimento specifico agli assegni di invalidita', si evidenzia una prevalenza molto marcata di persone

in eta' lavorativa, tra i 21 e i 60 anni di eta': circa il 75% del totale degli assegni medi erogati. Ancora piu' significativi i dati relativi alla valorizzazione economica di queste prestazioni: dai 94 milioni di euro spesi nel 2009, l'onere economico a carico dell'INPS e' cresciuto di circa il 10%, raggiungendo i 104 milioni di euro nel 2012. "Tutto questo sembra, quindi, evidenziare con sempre maggiore forza l'impatto che queste patologie hanno in termini di costi indiretti e diretti non sanitari - spiega il Professor Francesco Saverio Mennini, Professore di Economia Sanitaria dell'Universita' Tor Vergata di Roma e di Economia e Programmazione Sanitaria presso la Facolta' di Scienze Statistiche dell'Universita' degli Studi di Roma "La Sapienza" -. Abbiamo inoltre effettuato una valorizzazione della perdita di produttivita' relativa ai pazienti affetti da queste patologie. La stima delle giornate di lavoro perse ogni anno a causa di queste patologie e' pari a 22.500.000, corrispondenti ad una perdita di produttivita' di 2.842.440.517 di euro. All'interno delle patologie considerate, Artrite Psoriasica, Spondilite Anchilosante e Artrite Reumatoide, quest'ultima risulta essere quella piu' disabilitante, con 9.066.503 giorni di lavoro persi e un calo della produttivita' pari a 1.145.377.593 di euro".

CARDIOCHIRURGIA

# Prevenire l'ictus anche senza farmaci

La fibrillazione atriale forma coaguli nel cuore. Un innovativo sistema impedisce loro di raggiungere il cervello

**Riccardo Cervelli**

■ Un coagulo di sangue che dal cuore si sposta nel cervello, attraverso il sistema circolatorio, può causare un ictus. Il trombo può ostruire o rompere una delle piccole arterie che portano ossigeno alle cellule cerebrali e provocare così un'anomalia che può risolversi in 24 ore o avere esiti drammatici.

L'ictus, patologia la cui diffusione è destinata a crescere con l'invecchiamento della popolazione, rappresenta un problema sia sociale che economico. Secondo l'Oms, sono 15 milioni ogni anno i «colpiti»; di questi, 5 milioni muoiono e altre 5 rimangono affetti da disabilità. Negli ultimi anni sono stati compiuti passi importanti nella diagnosi e terapia. Si è scoperto, per esempio, che la fibrillazione atriale (*Atrial Fibrillation, AF*), la più comune forma d'aritmia cardiaca, è molto spesso responsabile della formazione di coaguli nel cuore.

Secondo l'Atrial Fibrillation Association 71 milioni di persone nel

mondo soffrono di fibrillazione atriale. Come si può prevenire il rischio che i trombi formati nel cuore possano causare un ictus?

La terapia più diffusa è basta su farmaci anticoagulanti orali, come il Warfarin. Questi preziosi medicinali possono però presentare controindicazioni: rischio d'emorragie, necessità di un continuo monitoraggio del sangue, obbligo di seguire una dieta e di non assumere alcuni altri farmaci. Con il progredire dell'età - e con la conseguente crescita del numero di patologie che affliggono il singolo soggetto - aumentano i casi di affetti da fibrillazione non trattabili con gli anticoagulanti orali. Una terapia alternativa è la chiusura dell'auricola dell'atrio sinistro. Secondo la letteratura, il 90% degli ictus correlati alla fibrillazione atriale è dovuta all'accumulo di trombi in questa piccola estensione del cuore. Il dispositivo Watchman, innovazione dell'americana Boston Scientific, è un protesi in Pet e nickel-titanio - a forma di ombrellino autoespandibile - che si posiziona, con un intervento

poco invasivo di circa un'ora, all'interno della stessa auricola per occluderla evitando così la fuoriuscita d'eventuali coaguli. Secondo alcune ricerche, condotte su un numero statisticamente significativo di pazienti, Watchman si è una valida alternativa al Warfarin e, in alcuni casi, ha evidenziato un'efficacia superiore. E il trattamento è anche economicamente sostenibile: «I costi di una terapia con Watchman - ha affermato il dottor John Foran, cardiologo del Royal Brompton di Londra, intervenendo al Congresso della Società europea di cardiologia 2013 (Esc) ad Amsterdam - all'inizio sono superiori a quelli con anticoagulanti orali, ma nel lungo termine si rivelano inferiori. Senza contare il miglioramento della qualità di vita dei pazienti».

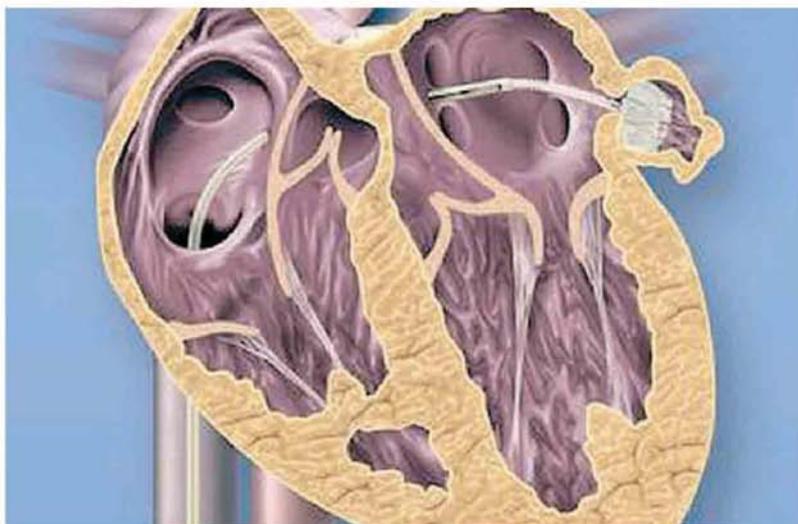
E sempre all'Esc, Boston Scientific e Atrial Fibrillation Association hanno annunciato una partnership a sostegno delle attività per aumentare la consapevolezza rispetto alla fibrillazione atriale e alla sua correlazione con l'ictus. Intesa che Boston Scientific, ha già sancito con la World Stroke Organization.

**WATCHMAN**

Negli studi statistici si è dimostrato una valida ed economica alternativa

**DOMANI**

Sensibilizzare il pubblico: in tutto il mondo si celebra il «World Stroke Day»



Nella illustrazione si vede la collocazione del dispositivo di Boston Scientific



## Cefalea a grappolo, fino a 5 anni per una diagnosi

*La patologia ha una descrizione clinica ben definita, eppure, da uno studio condotto dall'Istituto neurologico nazionale Mondino e dall'Ucadh (University Consortium for Adaptive Disorder and Head Pain) di Pavia risulta che la diagnosi di questa particolare forma di cefalea è "troppo spesso errata o ritardata nella pratica clinica"*

Milano, 26 set. (Adnkronos Salute) - Fino a 5 anni per una diagnosi. E' il ritardo con cui un paziente colpito da cefalea a grappolo - mal di testa talmente grave da essere stato ribattezzato 'cefalea da suicidio' - scopre la causa dei suoi forti dolori. Cinque anni in cui si susseguono attacchi ripetuti che colpiscono un solo lato della testa. La patologia ha una descrizione clinica ben definita, in cui si elencano sintomi come un occhio rosso che lacrima, la narice chiusa o che cola in un paziente che cammina agitato su e giù per la stanza. Eppure, da uno studio condotto dall'Istituto neurologico nazionale Mondino e dall'Ucadh (University Consortium for Adaptive Disorder and Head Pain) di Pavia risulta che la diagnosi di questa particolare forma di cefalea è "troppo spesso errata o ritardata nella pratica clinica".

Secondo i dati emersi dalla ricerca, presentata in occasione del XXVII Congresso nazionale Sisc (Società italiana per lo studio delle cefalee) in corso a Perugia, trascorrono in media dai 4 ai 5 anni prima che il paziente possa ricevere una corretta diagnosi e indicazioni terapeutiche giuste. Prima di arrivare al traguardo, però, la 'vittima' della cefalea a grappolo bussa alle porte di più di 2 medici. Lo studio è stato condotto su un campione di 144 pazienti colpiti dalla patologia (106 italiani e 28 provenienti da Paesi dell'Est), di età compresa tra i 20 e i 65 anni, che svolgono attività lavorative diverse (principalmente operai o dipendenti, ma ci sono anche disoccupati, manager, amministratori delegati).

Al primo attacco, spiegano gli autori del lavoro, circa i due terzi dei pazienti si rivolge a un medico, più frequentemente al neurologo (56%) o al medico di base (36%), ma anche allo specialista in otorinolaringoiatria e al dentista. Ed è in questa fase che si registrano i principali errori diagnostici: la cefalea a grappolo viene scambiata per nevralgia trigeminale, sinusite o cefalea tensiva, si chiamano in causa persino i problemi dentali o la depressione. Non mancano procedure errate: dalle avulsioni dentarie multiple alla

causticazioni/asportazione di varie terminazioni nervose, procedure inutili e costose, segnalano gli esperti.

I trattamenti suggeriti ai pazienti prima della diagnosi sono sintomatici, generalmente si tratta di Fans (antinfiammatori non steroidei) e analgesici di scarsa efficacia. In attesa della diagnosi corretta, i pazienti le provano tutte per liberarsi dei dolori lancinanti. C'è chi si affida a trattamenti non farmacologici come l'agopuntura o la fisioterapia o persino chi opta per la rimozione di denti.

"Tra il primo episodio di cefalea a grappolo e il primo consulto in un Centro cefalee trascorrono mediamente 4-5 anni con inevitabili conseguenze sulla qualità di vita di chi è affetto da questa patologia particolarmente dolorosa", commenta Fabio Antonaci del Centro cefalee del Mondino.

"Solo dopo una diagnosi corretta di cefalea a grappolo - spiega l'esperto - è possibile fornire un'appropriata terapia farmacologica preventiva e, all'occorrenza di un attacco, sintomatica, generalmente a base di triptani".  
Nei centri specializzati "possiamo avvalerci di casistiche e di studi scientifici approfonditi e abbiamo procedure che ci consentono di individuare tempestivamente la diagnosi, soprattutto quando parliamo dell'ancora poco conosciuta cefalea a grappolo".

[http://www.adnkronos.com/IGN/Daily\\_Life/Benessere/Salute-cefalea-a-grappolo-fino-a-5-anni-per-una-diagnosi\\_32655362686.html](http://www.adnkronos.com/IGN/Daily_Life/Benessere/Salute-cefalea-a-grappolo-fino-a-5-anni-per-una-diagnosi_32655362686.html)