

LORENZIN, REGIONI FUORI PIANO RIENTRO ABBASSINO TASSE E IRPEF**'QUESTO SAREBBE CONTRIBUTO OPERATIVO A PIANO COTTARELLI'**

(ANSA) - ROMA, 26 MAR - "Dobbiamo costruire un meccanismo in modo tale che le Regioni che hanno raggiunto l'equilibrio finanziario, e sono uscite fuori dai Piani di rientro dal punto di vista economico, devono riabbassare le tasse e l'Irpef". Lo ha affermato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, a margine di un'audizione in commissione Sanita' al Senato, sottolineando che questo sarebbe un "contributo operativo" al Piano del commissario Cottarelli "Se immaginiamo - ha spiegato Lorenzin - cio' che abbiamo ancora fuori, che e' oltre 1,5 miliardi, e cio' che abbiamo gia' recuperato, credo che anche questo potrebbe incidere direttamente su un abbassamento delle tasse in tutte le Regioni che hanno avuto un aumento dell'aliquota dovuto appunto ai Piani di rientro". Questo, ha sostenuto il ministro, "potrebbe essere un contributo subito operativo al piano di Cottarelli, con cui noi riduciamo il fisco". Quanto alla richiesta avanzata di utilizzare le risorse che verranno risparmiate con la Spending review in Sanita' nello stesso settore sanitario - questione sulla quale il presidente del consiglio Matteo Renzi ha assicurato una risposta breve alle Regioni - il ministro ha affermato di essere "sicura che se siamo bravi a risparmiare veramente, i risparmi rimangono 'in house'".

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 26 MARZO 2014

Spending review. Napolitano: “Basta tagli immotivati. Intervenire in modo selettivo”

Il presidente della Repubblica interviene sul tema della revisione della spesa e lancia il suo monito: “Serve una discussione seria e non fatta sotto la ‘pressione di un’urgenza’ che porta a chiedersi quanto risparmieremo l’anno prossimo. Occorre portare lo sguardo un po’ più lontano”.

“Ritengo ci sia una grossissima questione: il passaggio da tagli che abbiamo conosciuto assolutamente immotivati a tagli ragionati in base a un nuovo ordine di priorità”. Così il presidente della Repubblica **Giorgio Napolitano** in visita all’Ansa in occasione dell’anteprima del nuovo sito dell’agenzia ha manifestato il suo pensiero sulla spending review.

Per il Capo dello Stato, il tema dei tagli alla spesa pubblica è fondamentale ma in futuro si dovrà cambiare registro: stop a tagli “assolutamente immotivati, che non richiedevano quasi motivazione”. “Erano tagli e basta - ha spiegato Napolitano - sulla base di percentuali e di parametri, indipendentemente da quello che c’era dietro ai numeri”. Quindi “la questione è grossa perché non c’è segmento di spesa pubblica che non abbia in se interessi fondamentali, interessi non fondamentali, particolari o generali. E’ un coacervo sul quale la Spending dovrebbe intervenire con capacità selettiva”.

Ma sul fatto che oggi si stia agendo in nome della selettività Napolitano non ne è così convinto. “La spending review - ha insistito il Presidente della Repubblica - deve intervenire con capacità selettiva, il che però presuppone discorsi che ancora assai poco vengono fatti”.

“Vi confesso che, nonostante lo sforzo di Cottarelli”, aspetto che venga il “il tempo delle scelte effettive rispetto alla massa di dati” finora raccolti, ha specificato il capo dello Stato.

L'anteprima esclusiva del Rapporto Gimbe che sarà presentato il prossimo 5 maggio

Ecco il salvagente per il Ssn

Stop a frammentazione delle competenze, iniquità e disuguaglianze

Un evento gratuito e senza sponsor per oltre 500 partecipanti provenienti da tutte le Regioni italiane e rappresentativi di tutte le professioni sanitarie. Questo il Dna della 9ª Conferenza nazionale Gimbe, a Bologna lo scorso 14 marzo, che ha puntato i riflettori sulla più grande conquista sociale dei cittadini italiani: un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico.

Silvio Garattini, Gavino Maciocco, Fausto Nicolini e Tonino Aceti, ospiti del Forum "Perché vogliono smantellare il Servizio sanitario nazionale?", hanno risposto alle provocazioni del presidente Nino Cartabellotta e alle domande del giornalista Guglielmo Pepe, concordando all'unisono che la Sanità pubblica è al tempo stesso una conquista sociale, ma anche fonte di sprechi che devono essere identificati ed eliminati con "sane" politiche di *spending review*.

I progetti di eccellenza del Laboratorio Italia, realizzati nelle Aziende sanitarie utilizzando le migliori evidenze disponibili sotto il segno della collaborazione multiprofessionale, hanno dimostrato che salvare il Ssn è una missione possibile. Il Premio Evidence è stato assegnato a Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e il Premio "Salviamo il Nostro Ssn" alla Regione Toscana. I Gimbe Awards individuale e 4Young sono andati rispettivamente ad Alda Cosola e Marika Giacometti dell'Asl To3. L'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna si è aggiudicato il Gimbe Award aziendale. Per il report integrale: www.gimbe.org/conferenza2014-report

Qualche ora dopo la conclusione della 9ª Conferenza nazionale Gimbe, dal salotto di "Porta a Porta" Matteo Renzi comunicava agli italiani che «i risparmi della *spending review* in sanità saranno reinvestiti nella sanità». Nei giorni successivi Cottarelli conferma quanto la Fondazione Gimbe sostiene da oltre due anni, ovvero che «il sistema sanitario nazionale è ancora sostenibile» e il ministro Lorenzin afferma che «ci sono ancora margini di recupero molto alti che vanno però fatti insieme alle Regioni». Indubbiamente la strada è ancora lunga, ma dopo l'inquietante, prolungato silenzio del Presidente del Consiglio sul tema Sanità, queste affermazioni rassicurano, seppur a parole, sulla volontà della politica di voler salvare il nostro Ssn.

Sarà vera gloria? Ai posteri l'ardua sentenza. E proprio il 5 maggio la Fondazione Gimbe presenterà la versione integrale del Rapporto Gimbe sul Ssn, di cui questo speciale fornisce un'anteprima esclusiva.

A fronte di un diritto costituzionale che garantisce «universalità ed equità di accesso a tutte le persone» e della legge 833/1978 che conferma la «globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini», oggi i dati smentiscono di continuo l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali su cui si basa il Ssn. Infatti, inaccettabili disuguaglianze regionali e locali fanno apparire come un lontano miraggio l'universalità e l'equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale, la reciprocità di assistenza tra le Regioni. Per risolvere questa inaccettabile situazione, due le azioni proposte dal Rapporto Gimbe: da un lato, il riordino della ripartizione delle competenze legislative concorrenti tra Stato e Regioni come individuate nel titolo V della Costituzione, articolo 117, per porre fine all'eccessiva frammentazione che rappresenta un fattore di grave complicazione istituzionale; dall'altro lato, il potenziamento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sui 21 servizi sanitari regionali, attraverso quattro interventi fondamentali per minimizzare iniquità e disuguaglianze in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza di processi clinici e organizzativi e di esiti di salute:

- (ri)definizione a livello nazionale dei requisiti minimi di accreditamento per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private e conseguente verifica;
- (ri)definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza dettagliando, oltre ai livelli e sottolivelli, anche i servizi, le prestazioni e le procedure, al fine di identificare standard univoci di appropriatezza;
- definizione di un set multidimensionale di indicatori condiviso con le Regioni, per valutare le performance sanitarie in tutto il territorio nazionale utilizzando le stesse "unità di misura";
- produzione e continuo aggiornamento di standard nazionali (linee guida, Hta reports, strumenti decisionali per i pazienti) che sintetizzino con adeguato rigore me-

todologico le migliori evidenze disponibili al fine di guidare pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari, pratica clinica e informazione dei cittadini.

Se queste azioni non saranno rapidamente programmate e attuate, è necessario che la politica si interroghi sull'opportunità di riformulare l'articolo 32 sostituendo la frase «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo» con «La Repubblica contribuisce a tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo». Rispetto alla pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari il Rapporto Gimbe richiama i principi dell'Health care needs assessment, secondo i quali a guidare la programmazione sanitaria devono essere sostanzialmente tre elementi (figura 1): l'epidemiologia di malattie e condizioni, il *value* degli interventi sanitari e i servizi esistenti, una elementare "triangolazione" mai applicata nel Ssn per varie ragioni. Innanzitutto, l'epidemiologia delle malattie/condizioni è influenzata sia dalla estrema medicalizzazione della società che, fomentata da continue campagne di sensibilizzazione, aumenta la domanda di servizi e prestazioni non necessarie, sia dalla scarsa rilevanza assegnata ad alcune condizioni (prevenzione non medicalizzata, non autosufficienza, malati terminali). In secondo luogo, il *value* di servizi e prestazioni sanitarie non viene quasi mai valutato per decidere la loro introduzione/soppressione; infine, i servizi esistenti condizionano la riorganizzazione dell'offerta con meccanismi a volte competitivi, a volte finalizzati a proteggere interessi politici, industriali o di corporazioni professionali. In questo scenario completamente sregolato, figlio legittimo di una programmazione sanitaria inesistente, oggi risulta particolarmente complessa qualunque forma di riorganizzazione dei servizi sanitari, come testimoniano la mancata attuazione della riforma delle cure primarie e lo stallo in Conferenza Stato-Regioni della bozza di riordino della rete ospedaliera.

Tra le innovazioni di rottura del Rapporto Gimbe, la proposta di (ri)programmare l'assistenza

■ SELPRESS ■
 www.selpress.com

secondo le necessità assistenziali della persona, abbandonando definitivamente la dicotomia ospedale-territorio (figura 2) e quella di ripensare alla governance dei rapporti tra fornitori e committenti, in particolare attraverso strumenti efficaci a ridurre le prestazioni inappropriate. Uno dei capisaldi del Rapporto Gimbe è che, nonostante i tagli, il Ssn rimane sostenibile, a patto di identificare ed eliminare gli sprechi che si annidano a tutti i livelli con la collaborazione di tutti gli stakeholders. A tal proposito il riferimento è alla tassonomia di Don Berwick (Jama 2012) che identifica sei categorie di sprechi, il cui impatto sul nostro Ssn potrebbe superare i 20 mld di euro/anno (vedi tabella). Illusorio, invece, affidarsi esclusivamente al lean management: le evidenze disponibili documentano infatti che questa strategia aumenta la produttività, senza alcun impatto sugli esiti assistenziali, perché l'incremento non riguarda esclusivamente servizi e prestazioni sanitarie efficaci o appropriate e rischia di generare esclusivamente un "efficientismo produttivo".

La revisione dei livelli essenziali di assistenza, ormai indifferibile, deve essere in grado di ripartire dai tre fondamentali principi di *evidence-based policymaking* enunciati dal Dm 29 novembre 2001 e mai attuati: ovvero i Lea devono includere quanto è di provata efficacia-appropriatezza, escludere quanto di provata inefficacia-inappropriatezza e prevedere la sperimentazione per interventi, servizi e prestazioni sanitarie di dubbia efficacia e appropriatezza (figura 3). A tal proposito una delle azioni proposte è che almeno l'1% della quota di risorse destinata alle singole Regioni venga investita in ricerca sui servizi sanitari per fornire risposte al Ssn su priorità di salute che mancano di evidenze.

È inaccettabile che un Paese che spende 110 mld/anno per la Sanità investa in ricerca poco più dell'uno per mille (130 mln), fondi peraltro destinati prevalentemente alla ricerca di base e senza alcuna definizione delle priorità del Ssn. Altra proposta, relativa alle modalità di finanziamento, riguarda i fondi integrativi che devono essere utilizzati esclusivamente per prestazioni non essenziali: il "salvadanaio unico" dove confluiscono denaro pubblico, spesa *out-of-pocket* e fondi integrativi di assicurazioni private rischia infatti di aumentare iniquità e diseguaglianze.

Cruciale il ruolo dei professionisti sanitari, chiamati a collabora-

re con le Istituzioni e con le organizzazioni sanitarie a tutti i livelli per identificare interventi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriati e dal *low-value* che riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di risorse, impossibile da identificare dalla politica. Questo da un lato presuppone la consapevolezza che in sanità l'imperativo dominante deve essere *less is more*, dall'altro richiede una nuova stagione di collaborazione, mettendo da parte tutte le lotte fratricide che, nella strenua difesa di interessi corporativi, hanno frammentato le professioni sanitarie rendendole incapaci di essere propositive e consentite alla politica di svuotare di contenuti professionali la programmazione sanitaria grazie all'antica strategia del *divide et impera*.

Cittadini e pazienti, dal canto loro, devono ridurre le aspettative nei confronti di una "medicina mitica", ma al tempo stesso meritano di essere adeguatamente informati dalle Istituzioni sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari, sia per ridurre le asimmetrie informative, sia per facilitare il processo decisionale condiviso.

Last not but not least, è indispensabile riconoscere che una quota degli sprechi è alimentata dai conflitti di interessi che minano l'integrità del sistema a tutti i livelli, favorendo la diffusione di servizi, interventi e prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriate, alimentando comportamenti opportunistici, se non addirittura abusi e comportamenti illeciti di cui emerge solo la punta dell'iceberg. In assenza di un'adeguata integrità e trasparenza della politica, dei manager, dei professionisti sanitari e degli stessi pazienti, tutte le azioni proposte per salvare il Ssn rischiano di essere vanificate.

Se un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico è una conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutti i cittadini, metterlo in discussione significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che, in ultima analisi, costituiscono il vero ritorno degli investimenti in Sanità. Ma questo ritorno, indispensabile per la ripresa economica del Paese, può essere avvistato solo da un esecutivo in grado di "volare alto" innanzitutto nel pensiero politico, poi nell'idea di welfare e finalmente nella (ri)programmazione socio-sanitaria coinvolgendo a carte scoperte tutte le categorie di stakeholders, uscen-

do dall'ottica di un'agenda dettata esclusivamente da esigenze di risparmio a breve termine.

Nino Cartabellotta
 presidente Fondazione Gimbe

Una «ricetta» in cinque mosse tra mercato e innovazione

A un anno dal lancio del progetto Salva-mo il nostro Servizio sanitario nazionale, la Fondazione presenta un'anticipazione del Rapporto Gimbe sul Ssn, la cui versione integrale sarà pubblicata il 5 maggio 2014.

Punto di partenza del progetto è stata la prima stesura dei principi guida che configurano la *vision* della Fondazione Gimbe sulla sanità pubblica: definiti tenendo conto della legislazione vigente, del contesto politico, economico e sociale, oltre che di evidenze ed esperienze mutate da sistemi sanitari internazionali, tali principi sono stati sottoposti a valutazione pubblica per approvazione, modifiche e integrazioni.

La versione 2.0 dei principi guida ha generato la "Carta Gimbe per la Tutela della Salute e del Benessere dei Cittadini Italiani", una vera e propria declinazione dell'articolo 32 che costituisce la struttura portante del Rapporto Gimbe sul Ssn.

Le cinque premesse che tutti devono conoscere

● **La Sanità è un mercato** e rappresenta una delle principali fonti di consumismo da parte dei cittadini attorno alla quale ruotano gli interessi di numerose categorie di *stakeholder*. Per questo il Ssn è caratterizzato da un inestricabile mix di complessità, incertezze, asimmetria informativa, qualità difficilmente misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni cliniche, manageriali e politiche. La differente combinazione di questi fattori permette ai diversi *stakeholder* un livello di opportunismo tale da rendere il sistema poco controllabile. L'unica possibilità per mantenere un Ssn equo e universalistico è riallineare gli obiettivi divergenti e spesso conflittuali dei diversi *stakeholder*, rimettendo al centro l'obiettivo assegnato al Ssn dalla legge 833/1978 che lo ha istituito, ovvero: «Promuovere, mantenere e recuperare la salute fisica e psichica di tutta la popolazione».

● **Nell'ultimo ventennio** numerosi fattori hanno silenziosamente contribuito alla **progressiva crisi di sostenibilità del Ssn**: il mutamento delle condizioni demografiche, economiche e sociali, la crescente introduzione sul mercato di false innovazioni, le conseguenze della modifica del Titolo V della Costituzione, il perpetuarsi delle ingerenze della politica partitica nella programmazione sanitaria, la "grande incompiuta" dei Lea, la gestione delle aziende sanitarie come "silos" in continua competizione, l'evoluzione del rapporto paziente-medico e l'involuzione del cittadino in consumatore.

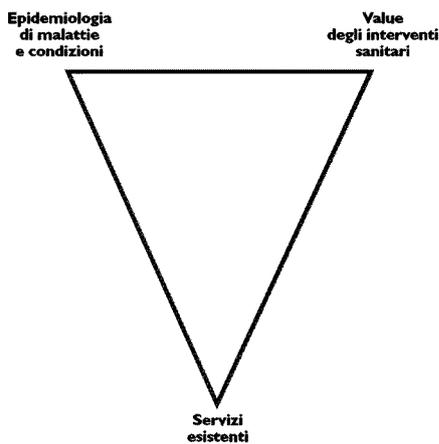
■ SELPRESS ■
 www.selpress.com

● **Alcuni problemi dei sistemi sanitari del XXI secolo prescindono dalla disponibilità di risorse**, anzi spesso conseguono a una eccessiva medicalizzazione della società: le inaccettabili variabilità di processi ed esiti assistenziali, l'aumento dei rischi per i pazienti, gli sprechi e l'incapacità del sistema a massimizzare il *value*, le disuguaglianze e le iniquità, l'incapacità a prevenire le malattie.

● **Conoscenze.** La sostenibilità di un sistema sanitario, indipendentemente dalla sua natura (pubblico, privato, misto) e dalla quota di Pil destinata alla Sanità, non può più prescindere da adeguati investimenti per migliorare la produzione delle conoscenze (*knowledge generation*), il loro utilizzo da parte dei professionisti (*knowledge management*) e la *governance* dell'intero processo per trasferire le conoscenze all'assistenza sanitaria (*knowledge translation*). Le conoscenze, i cittadini e internet rappresentano di fatto i **driver della Sanità del XXI secolo**.

● **Innovazioni.** In ambito sanitario l'innovazione riguarda solitamente un processo o un prodotto che dovrebbe garantire benefici maggiori per la salute e il benessere delle persone. In realtà, negli ultimi 10 anni il mercato della salute è stato invaso da innumerevoli false innovazioni diagnostico-terapeutiche, in particolare farmacologiche, secondo logiche di marketing che nulla hanno a che fare con il miglioramento degli esiti di salute. Quello che occorre al Ssn e, più in generale, al nostro Paese, sono vere e proprie *disrupting innovations*, innovazioni di rottura che, secondo Clayton Christensen, segnano una svolta rispetto al passato.

Fig. 1 - Il triangolo della programmazione sanitaria



Il Manifesto della sostenibilità

La Fondazione Gimbe invita tutti i cittadini a sottoscrivere il Manifesto della Sostenibilità

- Un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico rappresenta una conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza e la dignità di tutti i cittadini italiani.
- Le scelte politiche e le modalità di pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari hanno messo progressivamente in discussione l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali del Ssn.
- Il protrarsi di questo status ha determinato inaccettabili disuguaglianze, sta danneggiando la salute dei cittadini e rischia di compromettere la dignità delle persone e la loro capacità di realizzare le proprie ambizioni.
- Lamentare un finanziamento inadeguato, senza essere propositivi, fornisce un alibi per smantellare il Ssn, spiana la strada all'intermediazione finanziaria e assicurativa dei privati e aumenta le disuguaglianze sociali.

Il Tuo contributo è indispensabile per Salvare il Nostro Servizio sanitario nazionale
www.salviamo-SSN.it

Figura 2

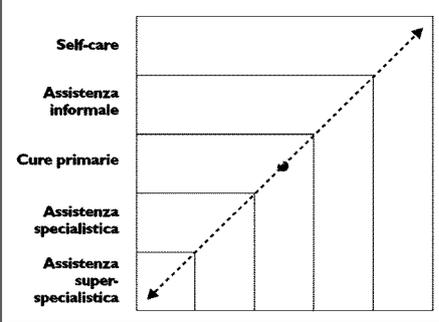
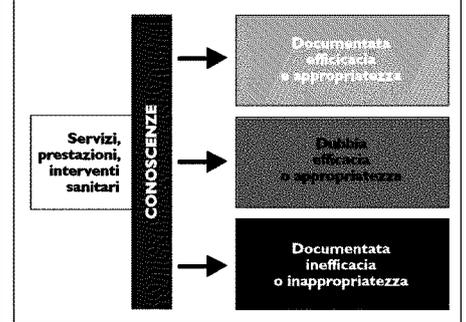


Figura 3



Le principali fonti di spreco in sanità

	Categoria sprechi	Mld di euro
1	Sovra-utilizzo interventi sanitari inefficaci/inappropriati	5,72
2	Frodi e abusi	4,62
3	Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi	4,18
4	Sottoutilizzo interventi sanitari efficaci/appropriati	2,64
5	Complessità amministrative	2,64
6	Inadeguato coordinamento dell'assistenza	2,20

Carta Gimbe per la tutela della salute

e e del benessere dei cittadini italiani

Capo I. Diritto costituzionale alla tutela della Salute

Art. 1. L'articolo 32 della Costituzione tutela il diritto alla salute dei cittadini italiani, ma non garantisce loro un accesso illimitato e indiscriminato a servizi e prestazioni sanitarie.

Art. 2. Il diritto costituzionale alla salute e la responsabilità pubblica della sua tutela devono essere il frutto di una leale collaborazione Stato-Regioni.

Art. 3. Lo Stato deve preservare i cittadini da tutte le disuguaglianze, in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza dei processi clinico-organizzativi e di esiti di salute.

Capo II. Finanziamento del Ssn

Art. 4. La riduzione degli investimenti pubblici in Sanità, oltre alla salute, compromette la dignità dei cittadini e le loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che costituiscono il vero ritorno di questi investimenti.

Art. 5. Nel rispetto dell'uguaglianza dei cittadini, l'eventuale acquisizione di risorse aggiuntive dai privati non deve compromettere il modello di un Ssn pubblico e universalistico.

Art. 6. Le risorse acquisite dall'intermediazione assicurativa dei privati devono essere indirizzate su prestazioni non essenziali.

Art. 7. Le modalità di compartecipazione alla spesa dei cittadini devono rispettare il principio costituzionale di equità contributiva ed evitare disuguaglianze nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza.

Capo III. Sostenibilità del Ssn

Art. 8. In un Ssn sostenibile le migliori evidenze scientifiche devono guidare tutte le decisioni professionali, manageriali e politiche che riguardano la salute delle persone (evidence for health).

Art. 9. Nonostante i tagli, il Ssn rimane sostenibile perché una percentuale consistente della spesa sanitaria può essere recuperata riducendo sprechi non più tollerabili.

Art. 10. Per garantire la sostenibilità del Ssn il denaro pubblico deve finanziare solo servizi, prestazioni e interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'high value.

Capo IV. Politica e Sanità

Art. 11. Il ruolo della politica partitica (politics) deve essere nettamente separato da quello delle politiche sanitarie (policies).

Art. 12. La salute dei cittadini deve orientare tutte le politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali (Health in All Policies).

Art. 13. Le politiche sanitarie non possono essere ostaggio di interessi industriali, solo perché il mercato della salute genera occupazione o perché l'introduzione di specifiche misure di prevenzione può ridurre posti di lavoro.

Art. 14. Le politiche sanitarie volte a preservare il Ssn richiedono un'adeguata pianificazione che coinvolga tutte le categorie di stakeholders e devono uscire dall'ottica di un'agenda dettata esclusivamente da esigenze di risparmio a breve termine.

Capo V. Programmazione, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari

Art. 15. La (ri)programmazione sanitaria deve essere guidata dall'epidemiologia di malattie e condizioni, dal value degli interventi sanitari e dai servizi esistenti.

Art. 16. La riorganizzazione dei servizi sanitari deve prevedere modelli organizzativi sovra-aziendali per condividere percorsi assistenziali, tecnologie e competenze professionali.

Art. 17. La dicotomia ospedale-territorio deve essere superata sia con una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura, sia con modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria.

Art. 18. Tutte le aziende sanitarie devono monitorare sistematicamente e rendicontare pubblicamente le proprie performance.

Art. 19. Il management delle aziende sanitarie deve essere guidato dall'appropriatezza dei processi e dagli esiti di salute e non dalla produzione di servizi e prestazioni.

Art. 20. Le aziende sanitarie devono valorizzare il capitale umano con sistemi incentivanti orientati a ridurre gli sprechi, premiando l'erogazione di un'assistenza sanitaria a high value.

Capo VI. Professionisti sanitari

Art. 21. Tutte le forme di aggregazione e associazione dei professionisti sanitari devono mantenere al centro la salute dei cittadini italiani, trasformando le innumerevoli corporazioni competitive nei nodi di un network collabo-

rativo.

Art. 22. Le competenze e le responsabilità di tutti i professionisti sanitari devono integrarsi in percorsi assistenziali condivisi, basati sulle evidenze e centrati sul paziente.

Art. 23. Tutte le categorie professionali devono contribuire a riformulare l'imperativo socio-culturale more is better in less is more, promuovendo una medicina sobria e parsimoniosa e identificando gli sprechi conseguenti alla prescrizione ed erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal low value.

Art. 24. I professionisti sanitari hanno il dovere etico di negare al paziente prestazioni inefficaci e inappropriate, nella consapevolezza che la mancata prescrizione può generare insoddisfazione.

Art. 25. La pratica della medicina difensiva deve essere contrastata con informazioni e azioni a tutti i livelli nella consapevolezza sociale dei danni e dei costi che produce.

Capo VII. Cittadini e pazienti

Art. 26. Il Ssn deve informare cittadini e pazienti sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza degli interventi sanitari, oltre che coinvolgerli attivamente nell'organizzazione e valutazione dei servizi sanitari.

Art. 27. Paziente e professionista sanitario devono sempre convivere in una mutua relazione clinico-assistenziale, sociale ed economica, senza rivendicare alcuna posizione di centralità.

Art. 28. L'assistenza centrata sul paziente deve considerarne aspettative, preferenze e valori e promuoverne coinvolgimento ed empowerment insieme a familiari e caregivers, quali componenti di un unico team clinico-assistenziale.

Art. 29. I cittadini contribuenti, in qualità di "azionisti" del Ssn, devono essere resi consapevoli che la domanda inappropriata di servizi e prestazioni sanitarie contribuisce agli sprechi, con pesanti ricadute in forma di imposte locali e mancate detrazioni.

Capo VIII. Ricerca

Art. 30. Gli investimenti destinati alla ricerca devono tradursi nel massimo beneficio per la salute e il benessere delle persone, evitando ogni forma di spreco.

Art. 31. Il principale requisito etico della ricerca è rappresentato dalla sua rilevanza clinica o sociale.

Art. 32. La definizione dell'agenda della ricerca deve essere indirizzata dalle aree grigie, previa revisione sistematica della letteratura.

Art. 33. La definizione dell'agenda della ricerca deve prevedere il coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti, per identificare quali interventi sanitari valutare e quali outcome misurare.

Capo IX. Formazione continua

Art. 34. Il fine ultimo della formazione continua dei professionisti sanitari non coincide con la mera acquisizione di conoscenze e skills, ma si identifica con la modifica dei comportamenti professionali.

Art. 35. La formazione continua e il miglioramento della competenza professionale rappresentano determinanti fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

Art. 36. I curriculum formativi dei professionisti sanitari e del management devono includere conoscenze e skills per pianificare ed erogare un'assistenza sanitaria centrata sul paziente, basata sulle evidenze, consapevole dei costi e ad high value.

Capo X. Integrità e trasparenza

37. La sopravvivenza della Sanità pubblica è indissolubilmente legata all'integrità morale e alla professionalità di tutti gli attori coinvolti.

38. Un Ssn equo e sostenibile deve mettere in atto azioni concrete per un'adeguata governance dei conflitti di interesse di tutti gli stakeholders.

Home **In Parlamento**

IN PARLAMENTO

Off label e droghe: il Governo spiega i "perché" del decreto. E garantisce: nessun costo in più. Il Dl alle commissioni Giustizia e Affari sociali della Camera

26 marzo 2014 Cronologia articolo

Tweet



«Favorendo l'impiego di farmaci meno onerosi, senza pregiudizio per l'efficacia e la sicurezza degli stessi, la nuova normativa garantisce, da un lato, un più ampio accesso alle cure e, dall'altro, una ulteriore razionalizzazione della spesa farmaceutica con effetti positivi in termini di risparmi per il Ssn». Definitiva e inequivocabile la "sentenza" che fa da chiusa alla relazione illustrativa dell'Atto Camera n. 2215, recante il Ddl di conversione in legge del Dl 36/2014, la cui parte preponderante concerne le disposizioni urgenti in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope, arricchitosi di un capitolo dedicato agli off-label nell'emergenza della bufera Avastin-Lucentis. Pubblicato in Gazzetta Ufficiale e trasmesso a Montecitorio - e assegnato alla commissione Giustizia - sette giorni dopo l'approvazione in Cdm (14 marzo) il testo apre scenari decisamente nuovi (e potenzialmente controversi) sulle potenzialità dell'Agenzia italiana dei farmaci.

APPROFONDIMENTI

DOCUMENTI

- ▾ Il testo all'esame della Camera

Il provvedimento prevede infatti che - qualora l'Aic di un medicinale non comprenda un'indicazione terapeutica per il cui utilizzo sussiste un superiore motivato interesse pubblico connesso alla tutela della salute, l'Aifa può procedere alla registrazione della suddetta indicazione terapeutica, ma solo nei limiti delle disponibilità del fondo alimentato dal contributo del 5% delle spese promozionali autocertificate versato dalle aziende farmaceutiche, e nei limiti degli importi di tale e nei limiti degli importi di tale fondo destinati alla realizzazione di ricerche sull'uso compassionevole dei farmaci, di sperimentazioni cliniche comparative tra farmaci, di farmaci orfani e salvavita e così via.

Possibilità che presuppone la cessione a titolo gratuito di ogni diritto sull'indicazione terapeutica al ministero della Salute da parte del titolare dell'Aic. In attesa della definizione dell'iter registrativo le nuove norme stabiliscono anche che - anche se è disponibile un'alternativa terapeutica nell'ambito dei farmaci autorizzati - il medicinale potrà essere erogato con la nuova indicazione per cui si ravvisa un superiore interesse pubblico qualora, a giudizio della Commissione tecnico-scientifica dell'Aifa, esso possieda un profilo di sicurezza, con riferimento all'impiego proposto, non inferiore a quello del farmaco autorizzato e quest'ultimo risulti eccessivamente oneroso per il Ssn anche alla luce di eventuali studi condotti a livello internazionale. Il via libera transitorio sarà nel frattempo monitorato da Aifa e mutato in permanente solo dopo la valutazione positiva della Commissione tecnico-scientifica dell'Aifa. Il decreto non precisa - ma va assunto probabilmente come sott'inteso - che anche gli eventuali "cotrattepi" che dovessero verificarsi nel periodo transitorio saranno a carico della Salute, divenuta titolare dell'indicazione terapeutica.

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. 11
25-31 mar. 2014

[Sfoggia PDF »](#)

SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA ➤

Uscite precedenti:

- ▾ nr. 1018-24 mar. 2014
- ▾ nr. 911-17 mar. 2014
- ▾ nr. 84-10 mar. 2014

[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



Quali costi standard per le aziende sanitarie?

[Sfoggia PDF »](#)

Sanità risponde ➤

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

[Invia un quesito »](#)

Ricambio a sorpresa alla direzione generale e dimissioni immediate del presidente

Agenas, vertici nella bufera

Niente riconferma per Fulvio Moirano - Francesco Bevere papabile Dg

La notizia era nell'aria già da alcune settimane, ma martedì scorso - giorno della scadenza del mandato - è divenuta reale: Fulvio Moirano non è stato rinnovato nella carica di direttore generale dell'Agenas.

Immediata conseguenza per la scelta, il presidente Giovanni Bissoni, in carica da maggio 2012, ha inviato la sua lettera di dimissioni al ministro della Salute Beatrice Lorenzin perché così possa «affrontare congiuntamente e proficuamente la fase di rinnovo dei vertici dell'Agenzia».

Ora il ministro dovrà correre in tutta fretta ai ripari, specie in una fase così delicata come quella della predisposizione del nuovo Patto per la salute: una situazione che sicuramente non piacerà alle Regioni.

Il nome che circola per sostituire Fulvio Moirano è quello di Francesco Bevere, direttore generale della programmazione sanitaria al ministero della Salute e membro del Cda Agenas che già nei prossimi giorni potrebbe ricevere la nomina. Per ora l'incarico di supplenza nella direzione è stato affidato a un dirigente anziano, Achille Iachino.

Per la carica di presidente, invece, si parla di un ex assessore alla sanità di una Regione del Centro-Sud di area centrosinistra. Fulvio Moirano, Dg Agenas dal 19 marzo 2009, è già tornato - dal giorno successivo alla scadenza del mandato - alla Asl di Asti, dove è dirigente medico presso la direzione sanitaria.

L'INTERVISTA

Giovanni Bissoni: «Vi spiego perché ho lasciato»



Bissoni, perché l'ha fatto?

In molti mi chiedono se ci sono problemi di salute: non ci sono né problemi di salute, né sollecitazioni di alcuno, tantomeno del ministro. L'ho fatto a seguito di alcune considerazioni, queste sì personali, di merito.

Mi spieghi...

Ieri scadeva l'incarico del dottor Moirano e il direttore generale in Agenas è il perno di tutto, ha poteri esclusivi di organizzazione e di gestione, è fondamentalmente la vita attorno a cui gira l'Agenzia. E penso che di fronte a una scadenza sia buona norma, soprattutto oggi che il Governo vuole "cambiare verso", che a fine incarico ci sia, in caso di rinnovo o mancato rinnovo, una valutazione. Quella valutazione inevitabilmente avrebbe riguardato anche il mio operato. Se non altro perché in questi due anni ho lavorato in piena sintonia con Moirano. Queste sono le valutazioni che mi hanno portato a rassegnare le dimissioni. Naturalmente le valutazioni valgono per chi esce, ma anche per chi entra, soprattutto in un'Agenzia sottoposta al controllo del ministero e delle Regioni.

Non crede che da parte del ministro possa esserci, al di là dei nomi, la necessità di avviare ricambi nella

struttura?

Non c'è dubbio. Se poi il ministro ritiene che sia arrivato il momento di innovare a prescindere dalle valutazioni specifiche, anche questo oggi più che mai è un valore. E se questa è la valutazione, non spetta a me contestare la scelta del ministro, ci mancherebbe. Anche la mia nomina parte dal ministro e da questo punto di vista posso aggiungere che allora, a maggior ragione, riguarda anche il sottoscritto.

Sono tempi di "innovazione", questi, Bissoni...

Sono nella sanità ormai da una vita, sul fronte del "rottamabile" più che in qualche modo su quello della persona da mantenere sul campo. Però si pone un altro problema. Se la scelta è di innovare, penso che l'innovazione inevitabilmente porti a chiedersi anche quale sia la funzione di Agenas nel nuovo panorama.

E quale sarà, o rischia di diventare?

Noi stiamo discutendo molto del Titolo V e di come se ne esce. Un fatto è condiviso: abbiamo bisogno di una nuova fase che a sua volta ha bisogno di innovazione, di recuperare l'unitarietà che oggi non c'è nel sistema, e torniamo per questo al rapporto Nord-Centro Nord-Sud. Per fare questo lavoro - e c'è una piena condivisione al tavolo del Patto - occorrono politiche nazionali forti, che non significano l'anticamera di un neocentralismo, ma sostanzialmente un sistema con un ministero autorevole e forte, ma anche con una nuova responsabilità delle Regioni, non solo verso i loro cittadini, ma anche a livello nazionale. Al tavolo del Patto si dice che a tutto questo serve, appunto, un rafforzamento delle funzioni ministeriali e di una "chiarezza" delle istituzioni

tecnico-scientifiche: Iss, Aifa e Agenas. Come motori di produzione di informazione e valutazione e di innovazione. Se dietro la scelta del ministro c'è tutto questo, ben venga, e non troverà certo ostacoli, tanto meno da parte mia.

Teme invece che dietro il ricambio all'Agenas non ci sia questa volontà?

No, sarebbe un giudizio ingeneroso nei confronti del ministro. Per il momento siamo di fronte a un gesto che personalmente non ho condiviso, ma questo non è importante. Mi sarebbe piaciuta una valutazione serena e trasparente dell'attività di Agenas in questo periodo e dentro a questa tutte le valutazioni del caso.

La sua decisione ha avuto un po' il sapore di sbattere la porta e andarsene...

I miei rapporti col ministro sono sempre stati buoni e spero lo siano ancora a livello personale. Non mi sfugge che col mio gesto ho segnalato una situazione di disagio e di non condivisione di un passaggio, ma è ben poca cosa.

Voci maligne dicono che Agenas può aver dato fastidio negli ultimi tempi, a partire dagli esiti...

No, assolutamente. Siamo tutti consapevoli dei limiti di quel lavoro e della sua funzione, che è di produrre informazioni per chi ha responsabilità di governo a tutti i livelli. Siamo lavorando in accordo col ministero e le Regioni per trasformare il piano esiti anche in informazioni dirette rivolte ai cittadini. E soprattutto abbiamo recuperato uno straordinario rapporto con le società scientifiche. Credo davvero che il lavoro degli esiti è considerato ormai un patrimonio del Ssn. Se c'è una cosa che abbiamo cercato di innovare - e può essere un elemento critico, ma è un obiettivo importante - è che bisogna cambiare il modo di lavorare, far sì che pure nell'autonomia delle specifiche funzioni si riesca a lavorare di più assieme su obiettivi condivisi. Ecco, questo è un elemento che Agenas ha in qualche modo messo in evidenza e criticato. Ma spero che la modalità nuova di lavorare sia anche un obiettivo della revisione di spesa. Che non è soltanto la ricerca delle efficienze, ma anche una migliore amministrazione.

L'Agenas in questo frangente si trova un po' nelle sabbie mobili, proprio men-

tre incalzano il Patto e la spending review. Ed è un gran deficit di governo del sistema.

Stiamo ai fatti di questi ultimi giorni. Il presidente del Consiglio ha affermato che la revisione di spesa in sanità si deve fare, ma deve servire a trovare le risorse per innovare e investire di fronte ai nuovi bisogni. Richiamo sempre questo esempio: è encomiabile la posizione del presidente del Consiglio sulla sicurezza delle scuole, ma gli ospedali non sono più sicuri delle scuole. E noi sappiamo che la sicurezza dell'ospedale non è solo legata alla qualità alberghiera, ma alla sicurezza delle cure. Ci sono nuovi bisogni, va rafforzato il territorio.

A proposito di spending, che novità?

Ieri mattina col dottor Bevere abbiamo incontrato la Consip al tavolo della revisione di spesa e c'è stata una grandissima sintonia. È stato detto a quel tavolo che la sanità è il settore della pubblica amministrazione che più in questi anni ha innovato, anche se l'innovazione non è certo omogenea nel Paese. È stato condiviso che siamo in grado di rivedere l'intero processo di acquisizione dei beni e servizi e che quindi questo è l'obiettivo principale. E se rivedremo quel processo con coraggio, i risultati arriveranno. Molte Regioni li hanno già portati a casa e i margini maggiori saranno proprio in quelle Regioni che hanno più difficoltà a innovare. La sanità deve farsi carico di questa specificità. Mettendo insieme ciò che ha detto Renzi e lo stato dei lavori, insomma, ci sono elementi per affermare che il ministero è in grado di accettare la sfida dell'innovazione.

Le sue dimissioni sono irrevocabili?

Le dimissioni sono un atto di chiarezza e trasparenza e di lealtà nei confronti del ministro: non si danno per forzare la mano a qualcuno. Una cosa sono le dimissioni del presidente Bissoni, altra è l'apertura di una discussione seria e approfondita su quale ruolo avrà Agenas nel futuro del Patto della salute e del nuovo federalismo sanitario. Le dimissioni si danno, non si annunciano e non si danno per essere ritirate.

Che farà da grande Bissoni?

Vuol dire da vecchio? Bissoni ha più di 60 anni, ha spe-

so una vita in sanità, ha ancora un impegno nel Cda di Aifa e direi che non gli mancano le cose da fare, compreso il fatto che arriva un momento in cui bisogna pensare anche a se stessi.

Magari con la bicicletta?

Certo, anche quella fa parte della qualità della vita. (r. tu.)

Un modello matematico predice i livelli di glucosio nel sangue

Un nuovo calcolo matematico creato da alcuni ricercatori è in grado di predire accuratamente i livelli di glucosio nel sangue nelle persone affette da diabete, fino a 30 minuti prima dei possibili cambiamenti, e meglio dei monitor che si utilizzano in genere



Un semplice calcolo matematico. Niente di più. Ma dotato di un accuratezza e precisione superiore ai monitor attualmente utilizzati per misurare i livelli zuccheri nel sangue. L'idea è nata da un gruppo di ricercatori della Penn State e, attraverso un modello matematico, è **in grado di predire i livelli di glucosio nel sangue fino a trenta minuti prima**. Un arco di tempo assai lungo per, eventualmente, prendere provvedimenti utili alla propria salute.

La sua accuratezza è altissima se si pensa che è **addirittura superiore al 90%**, e che è stato formulato per poter essere adoperato nei soggetti affetti da diabete di tipo 1.

«Molte persone con diabete di tipo 1 utilizzano un monitoraggio continuo del glucosio, che esamina il liquido sotto la pelle. Ma i livelli di glucosio sotto la pelle tracciano i livelli di glucosio nel sangue da qualsiasi punto tra gli 8 e i 15 minuti – spiega Peter Molenaar, professore di Human Development and Family Studies and of psychology – Ciò è particolarmente problematico durante il sonno. **I pazienti possono diventare ipoglicemici ben prima** che l'allarme del monitor di glucosio dica loro di essere ipoglicemici, e che li potrebbe portare alla morte».

Molenaar spiega che **i livelli di glucosio nel sangue di una persona fluttuano** in base alla risposta che viene data con una determinata dose di insulina, l'attività fisica e persino lo stato emotivo. Il livello di fluttuazioni ovviamente è molto soggettivo, da individuo a individuo. «Negli ultimi dieci anni, sono stati fatti molti progressi nello sviluppo di un "pancreas artificiale" meccanico, che sarebbe un sistema di insulino-distribuzione indossabile e impiantabile automaticamente e costituito da un monitor continuo del glucosio, una pompa di insulina e un algoritmo di controllo di chiusura del ciclo tra il rilevamento del glucosio e la somministrazione di insulina – continua Molenaar – Ma la creazione di un pancreas artificiale che fornisca la corretta quantità di insulina al momento giusto è stata una sfida, perché è difficile creare un algoritmo di controllo in grado di gestire la variabilità tra gli individui. Il nostro nuovo modello è in grado di considerare questa variabilità. Predice i livelli di glucosio nel sangue degli individui in base alla

dose di insulina e l'assunzione del pasto».

Il modello in questione è stato ottenuto dal tempo stimato della tecnica del filtro Kalman esteso. Ciò rappresenta le modifiche che **variano nel tempo e nella cinetica del glucosio** a causa dell'insulina e l'assunzione di un pasto.

Per testare la precisione del modello è stato adoperato un simulatore approvato dall'FDA e denominato "UVa/Padova" (Diabetes Mellitus Metabolic Simulator) provato su 30 pazienti virtuali e cinque reali, affetti da diabete di tipo 1.

I risultati, apparsi nel *Journal of Diabetes Science and Technology*, sembrano essere molto positivi.

«Abbiamo imparato che le dipendenze dinamiche di glucosio nel sangue, la dose di insulina e l'assunzione di pasti variano notevolmente nel tempo all'interno di ogni paziente e tra i pazienti – ha dichiarato Qian Wang, professore di ingegneria meccanica e coautore dello studio – **L'alta fedeltà di previsione del nostro modello su intervalli di 30 minuti consente l'esecuzione di un controllo ottimale della dose di insulina** ad azione rapida e in tempo reale, perché l'avvio dell'azione di insulina ha un ritardo di meno di 30 minuti. Il nostro approccio supera quelli standard perché tutti i nostri parametri del modello sono stimati in tempo reale. La configurazione del nostro modello di stimatore ricorsivo [UVa/Padova] e il controller ottimale costituirà un efficace pancreas artificiale».

La ricerca è stata sostenuta dall'Istituto Nazionale per la salute, dal National Science Foundation e la Penn State Center for Clinical and Translational Science Institute.

<http://www.lastampa.it/2014/03/27/scienza/benessere/salute/un-modello-matematico-predice-i-livelli-di-glucosio-nel-sangue-do75vhZFYq5KKvkKSQBslM/pagina.html>

Il primo atlante che spiega come funziona il nostro Dna

Publicati i risultati del progetto Fantom5 che aiuterà a sviluppare cure personalizzate

GIOVANNI SPATARO

Noi esseri umani siamo un caleidoscopio di cellule, siamo il risultato dell'interazione di centinaia di tipi cellulari differenti, ciascuno con una precisa identità e funzione. È tutto scritto nel patrimonio genetico che tuttavia è lo stesso per le diverse cellule che per esempio ci permettono di pensare, respirare, combattere le infezioni. Ma allora come è possibile che da una informazione comune, quella scritta nel Dna, emerga un organismo come il nostro fatto di tante parti differenti? La risposta a questa domanda arriva da due

studi pubblicati sulla rivista scientifica *Nature*, in cui un gruppo di oltre 250 ricercatori di diversi paesi del mondo, tra i quali anche alcuni italiani, ha elaborato una mappa dell'attività dei geni umani in 180 dei circa 400 tipi cellulari che compongono il nostro organismo.

Sono i primi risultati del progetto Fantom5. Gli scienziati sono andati alla ricerca dei tanti interruttori che si trovano nei geni e che si accendono o spengono in modo coordinato per decidere la funzione di ciascuna cellula. «Per la prima volta abbiamo mappato in modo completo l'espressione dei geni in una tipologia estesa di cellule umane, la più estesa ottenuta fino a oggi», spiega Silvano Piazza del Laboratorio Nazionale del Consorzio interuniversitario per le biotecnologie (Lncib) dell'AREA Science Park di Trieste, uno dei ricercatori italiani che ha partecipato allo studio. «È la prima panoramica

complessa sui sistemi che regolano il modo in cui i geni sono letti dalle nostre diverse cellule».

In passato già altre ricerche erano andate a caccia degli interruttori genetici delle nostre cellule, ma «a differenza di altri progetti su larga scala riguardanti il genoma

che hanno usato come modello cellule tumorali, Fantom5 si è concentrato sullo studio di cellule "sane"», specifica Claudio Schneider, direttore scientifico dell'Lncib e professore ordinario di biologia cellulare all'Università di Udine. In questo modo è stata ottenuta un'immagine di quello che avviene nei tessuti del nostro organismo, un'immagine il più fedele possibile, anche se non esaustiva, dato che ancora oggi non conosciamo il numero esatto di tipi di cellule che compongono il nostro corpo.

Il consorzio internazionale di ricerca che ha dato vita alla serie di progetti Fantom è stato fondato nel 2000 dallo scienziato giapponese Yoshihide Hayashizaki dell'Istituto Riken. In quello stesso anno si concludeva il Progetto genoma umano, altra grande impresa scientifica internazionale che mirava a conoscere la sequenza dei geni della nostra specie e la loro posizione sui cromosomi, e in effetti tra i due progetti c'è una relazione: Fantom può essere considerato una versione dinamica del Progetto genoma. I risultati della quinta versione di Fantom saranno resi pubblici sul web e disponibili a chiunque. Probabilmente non passerà molto tempo da un loro primo impiego in diversi ambiti della ri-

I risultati disponibili sul web saranno usati per capire il ruolo dei geni nelle malattie

cerca: conoscere il comportamento dei geni è un'informazione estremamente utile in diversi ambiti della medicina. È utile per approfondire il ruolo dei geni nelle malattie, e anche per lo sviluppo di terapie di frontiera, come per esempio la terapia genica, con cui si sostituiscono geni difettosi e patogeni con versioni sane degli stessi geni direttamente nelle cellule dell'organismo. Ma è anche utile nell'ambito della medicina rigenerativa, che punta a far ricrescere nel corpo umano i tessuti necessari e nella giusta quantità quando normalmente non riesce.

Conoscere i geni e i relativi interruttori da manipolare per stimolare la ricrescita dei tessuti in modo specifico è un grosso passo in avanti nello sviluppo di questi trattamenti autocurativi che hanno già dato risultati interessanti. Ma il passaggio dal laboratorio all'ambito clinico non sarà rapido, come sanno bene gli scienziati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INCONTRO GOVERNATORI-MATTEO RENZI

«Risorse intoccabili e subito il nuovo Titolo V»

«È necessario confermare quanto già concordato al Tavolo sul Patto della Salute». Sono andati subito al sodo i governatori nell'incontro della scorsa settimana con il presidente del Consiglio Matteo Renzi per quanto riguarda la sanità.

E come primo gradino hanno formalizzato in un loro documento i punti chiave del rapporto Governo-Regioni.

Al primo posto il Fondo sanitario nazionale. «Sono state definite le risorse per il Ssn e ciò permetterà un'adeguata pianificazione del budget per assicurare la sostenibilità del Ssn, per garantire l'universalità del sistema e i Livelli essenziali di assistenza (Lea) in modo appropriato e uniforme.

Si evidenzia pertanto la necessità di assicurare i finanziamenti così definiti:

- 109,902 miliardi per l'anno 2014;
- 113,452 miliardi per l'anno 2015;
- 117,563 miliardi euro per l'anno 2016».

Ovviamente l'entità dei fondi è la chiave di volta del Patto, ma c'è anche un punto che fa da fulcro della discussione: «È stato altresì concordato - scrivono le Regioni nel documento - che i risparmi derivanti da azioni di razionalizzazione della spesa sanitaria debbano rimanere nella disponibilità dei bilanci sanitari».

Poi gli aspetti su cui già si era aperto un confronto con il Governo

Letta. Sul riparto dei fondi tra le Regioni i governatori ribadiscono che «dovrà avvenire attraverso nuove modalità di pesature, secondo i criteri già indicati dall'articolo 1, comma 34, della legge 662/1996, sulla base dell'Accordo già intervenuto in Conferenza delle Regioni».

E ricordano a questo proposito che si sono svolti diversi incontri per l'elaborazione del Patto salute, in particolare sui temi dell'adeguamento dei Lea, con l'impegno di un Dpcm entro il 30 giugno 2014; della revisione delle misure di compartecipazione ed esenzione; della gestione delle risorse umane; dell'assistenza ospedaliera.

Per quanto riguarda le criticità, le Regioni sottolineano quelle nel settore dell'edilizia sanitaria - ex articolo 20 della legge 67/1968 - e negli investimenti che sono praticamente fermi. E nelle Politiche sociali aggiungono che è necessario far confluire in un Fondo unico le risorse frammentate.

La riforma costituzionale. Il Senato delle Regioni dovrà essere formato con elezione di secondo grado e senza indennità. E andranno ben defi-

nite le competenze. Nell'incontro con Renzi le Regioni hanno anche fatto il punto, in un documento dedicato, sulla riforma del Titolo V.

E oltre a illustrare i loro punti di vista sull'applicazione, hanno anche chiarito che nella fase di transizione «una riforma di così forte impatto presuppone che siano anche coerentemente tracciate le linee di una transizione capaci di guidare il sistema verso il nuovo assetto, tanto per quanto concerne le funzioni (come le leggi bicamerali sulle funzioni cui si è fatto cenno) tanto per quanto concerne l'entrata a regime dei nuovi organi. A livello territoriale, sono già in atto processi di riorganizzazione per il governo delle Aree vaste (provinciali o metropolitane) che richiedono anch'essi il forte presidio di meccanismi transitori».

«Le Regioni - conclude il documento - si riservano, comunque, di presentare specifiche proposte di modifica del testo governativo, anche al fine di completare il proprio contributo in ordine ad aspetti di notevole rilevanza, come il sistema generale di finanziamento delle funzioni, il coordinamento della finanza locale, il ruolo e la collocazione nel testo costituzionale delle città metropolitane, la disciplina fondamentale per garantire il funzionamento dell'Assemblea, le prerogative dei componenti gli organi legislativi statali e regionali».

IN RETE



I documenti di spending e Regioni

www.24oresanita.com

CERVELLO: ECCO COME SI PERDE 'COSCIENZA' DEGLI ARTI

(AGI) - Milano, 26 mar. - E' attraverso la consapevolezza del nostro corpo che entriamo in relazione col mondo esterno. Ma che succede quando perdiamo questa capacita' per un danno al cervello? Uno studio dell'Universita' di Milano-Bicocca, pubblicato sulla rivista Brain, rivela per la prima volta le evidenze fisiologiche di questo effetto. Che conduce fino a non riconoscere piu' i propri arti. La perdita di coscienza del proprio corpo, in seguito a un danno al cervello causato da ictus o ischemia piu' frequentemente localizzato nell' emisfero destro, puo' indurre chi ne e' colpito a non riconoscere come proprio un braccio o una gamba, affermandolo esplicitamente. Eppure non si tratta di un disturbo psichiatrico ma di un disturbo neurologico noto come somatoparafrenia, che puo' riguardare fino al 15% delle persone con lesione all'emisfero destro considerando le forme piu' lievi, di cui finora si conoscevano solo le caratteristiche cliniche. Ora, uno studio condotto da Angelo Maravita e Daniele Romano del dipartimento di Psicologia dell'Universita' di Milano-Bicocca in collaborazione con l'Universita' di Pavia e l'Ospedale Niguarda "Ca' Granda" di Milano ha evidenziato per la prima volta gli effetti fisiologici di questo disturbo, contribuendo a chiarire i meccanismi profondi alla base della perdita della coscienza del se'. Scoprendo che questo processo e' cosi' pervasivo che non si riescono a percepire piu' neppure le "minacce" verso l'arto sentito come estraneo. L'esperimento e' stato condotto avvicinando una potenziale fonte di dolore (un ago) all'arto di tre gruppi di pazienti affetti da patologie che comportano perdita di sensibilita' o movimento degli arti: somatoparafrenici, emiplegici e anosognosici. I somatoparafrenici, a differenza degli altri, hanno mostrato un'assenza di risposta di conduttanza cutanea all'avvicinarsi dell'ago, senza avere alcuna reazione (vedi e scarica il grafico che sintetizza i risultati dell'esperimento). "Il processo di perdita di coscienza del se' - spiegano Angelo Maravita e Daniele Romano, rispettivamente professore associato di Psicobiologia e Dottore di ricerca nel dipartimento di Psicologia dell'Universita' di Milano-Bicocca - e' talmente profondo che non si riescono neppure a percepire le minacce e non si attiva nessuna reazione di difesa, nemmeno riflessa. Il disordine della coscienza, indotto dalla lesione e' tale che si arriva a un rifiuto incontrovertibile del proprio arto. Stiamo parlando di pazienti che non hanno alcun tipo di disturbo psichico e che sono in grado di intendere e volere. Eppure, anche se talora sono addirittura imbarazzati perche' comprendono la stranezza di quanto affermano, continuano a sostenere che il braccio e' di un'altra persona anche se attaccato al loro corpo".

▼ **Archivi farmaceutici: file medici in cerca di autore**

Nuove regole Ue sulla privacy: maggiore chiarezza sui medici "visitati". (Servizio a pag. 18)

All'indomani dell'approvazione a Strasburgo delle modifiche alla normativa sulla privacy

File medici in cerca d'autore

Convegno sulla certificazione degli archivi con Accredia e Farindustria

Comi (Ppe):
 «L'Italia è ancora
 troppo carente
 sulle regole»

TRASPARENZA

«**O**ccorre garantire la veridicità delle comunicazioni che annualmente le organizzazioni farmaceutiche sono chiamate a rivolgere alle autorità di controllo sul numero dei sanitari visitati». Si è aperto con questo inequivocabile messaggio del ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, il convegno "Archivi farmaceutici: dal risk assessment alla certificazione", organizzato la settimana scorsa a Roma da Pharnasoft Fea per fare il punto sull'impatto per le organizzazioni farmaceutiche e per i cittadini del nuovo regolamento europeo sul trattamento dei dati personali. Obiettivo, aggiornare la disciplina in vigore da 19 anni, per far fronte alle sfide poste dalle nuove tecnologie e dalla crescente tendenza a utilizzare dati personali per la sicurezza.

Il Regolamento ha ricevuto il via libera dalla Commissione e successivamente dal Parlamento europeo, che ha approvato il 12 marzo il testo in prima lettura. L'approvazione definitiva da parte del Consiglio degli Stati Ue dovrebbe a questo punto slittare al secondo semestre 2014.

Il pacchetto legislativo consiste in un regolamento generale che copre la maggior parte delle norme sul trattamento dei dati personali nell'Unione europea, sia nel settore pubblico sia nel privato, e in una direttiva relativa al trattamento dei dati personali per prevenire, indagare e perseguire i reati penali o per applicare sanzioni penali.

Il regolamento parla della qualità dei dati, di minimizzazione dei dati utilizzati, di responsabilità dirette da parte di chi è responsabile del trattamento dei dati raccolti, prevedendo tra l'altro l'istituzione della figura del Data Protection Officer (Responsabile della protezione dei dati) e la sua obbligatorietà per la pubblica amministrazione e per aziende che trattano dati particolari.

Strasburgo ha tra l'altro sensibilmente aumentato le sanzioni previste dalla Commissione: chi viola le nuove norme dovrebbe pagare secondo i deputati fino a 100 milioni di euro o fino al 5% del fatturato mondiale annuo.

La normativa nazionale sul Pharma, sancita dagli articoli 119 e 122 del Dlgs 219/2006, prevede che le aziende farmaceutiche debbano comunicare ogni 6 mesi alle Regioni e annualmente all'Aifa il numero dei medici visitati dagli informatori scientifici: il tutto senza che le Regioni siano in grado di esercitare i controlli teoricamente previsti su dati che peraltro non identificano i singoli professionisti. Archivi medici "sconosciuti" e non verificati, dunque. E un carico burocratico sostanzialmente inutile a carico delle imprese tenute comunque a riempire le "caselle" predisposte da Aifa in ottemperanza della legge. Il percorso alternativo suggerito nel corso dell'incontro è il rilascio di un certificato da parte di un ente terzo accreditato che garantisca la veridicità dei "file" medici e la correttezza del trattamento dei dati personali degli stessi. «La certificazione - ha sottolineato **Riccardo Bianconi**, Management System Auditor di Accredia, l'unico ente di accreditamento degli enti di certificazione riconosciuti in Italia, che opera sotto la vigilanza del ministero dello Sviluppo economico - rappresenta un valore aggiunto per tutti gli interessi coinvolti: da quelli delle imprese a quelli dei pazienti e degli stessi informatori scientifici del farmaco». La certificazione fa già parte del mondo Farindustria, ha assicurato il direttore Affari legali dell'associazione italiana delle industrie farmaceutiche, **Francesco Mazza**: «Abbiamo adottato delle linee guida in materia di informazione medico-scientifica fin dal 2004 - ha detto - e chi non le rispetta esce volonta-

riamente dalla nostra associazione».

Ma c'è già qualche impresa che - sempre su base volontaria - sceglie il percorso meno "autoreferenziale" della certificazione, ricorrendo allo strumento brevettato a livello europeo da Pharnasoft Fea a livello europeo e riconosciuto da Accredia. «Quest'anno sono già 9 le aziende che hanno chiesto la certificazione dei propri archivi» - ha detto il presidente, **Riccardo Giannetti** - «La certificazione non esula dalle ispezioni, certo, ma dimostra che un'azienda sta rispettando le procedure. I 4 milioni di euro di sanzioni comminate dal **Garante della privacy** lo scorso anno, d'altro canto, erano quasi interamente riconducibili a problemi procedurali di raccolta e gestione dei dati».

Per andare a bersaglio servono però il coinvolgimento pieno delle Authority come Aifa e il Garante della privacy e un supporto deciso da parte del Governo: «Il Regolamento in discussione in Europa è stato drammaticamente sottovalutato dalle istituzioni italiane che sono state praticamente assenti dai tavoli di lavoro» - ha spiegato via skype **Lara Comi**, europarlamentare del Gruppo Ppe. «Abbiamo avuto un supporto adeguato solo da persone singole o associazioni».

Una dimenticanza cui si sono offerti di porre riparo il segretario Udc, **Lorenzo Cesa**, e il sottosegretario al ministero della Giustizia, **Cosimo Maria Ferri**, convinto che «Una impresa più trasparente è più forte anche nella lotta alla corruzione».

Per tutti il richiamo di **Valeria Graziussi**, in rappresentanza del Codacons, alla convinzione della vicepresidente della Commissione Ue, **Viviane Reding**, che «Un cittadino informato e capace di difendere i propri diritti (anche in tema di privacy) può dare una marcia in più al mercato». Rispettando le regole.

Sara Todaro

Ecco la bozza avanzata del testo che la Federazione varerà a metà maggio

Il nuovo Codice della FnomCeo cambia la deontologia medica

Il nuovo Codice deontologico dei medici è quasi pronto per l'approvazione, prevista per metà maggio a Torino. La seconda bozza, tornata all'esame degli OmCeo provinciali dopo l'appuntamento di Terni - in cui la Consulta deontologica ha dato una "sgrossata" alla prima versione - e rifinita in queste settimane dal Comitato centrale, è da considerare decisamente avanzata. Anche se va detto che fino all'ultimo sarà possibile apportare modifiche, sulla base delle osservazioni che società scientifiche e sindacati esprimeranno il 4-5 aprile sempre a Torino e degli ulteriori emendamenti che i presidenti locali potranno inviare fino al 28 dello stesso mese.

Poi, il 16-17 maggio, il Codice datato 2006 andrà definitivamente in soffitta. La nuova versione esce dal confronto serrato tra gli esperti guidati da Roberta Chersevani asciugata in molti contenuti, ma arricchita di quattro articoli in più: da 76 a 79. Novità che riguardano la medicina potenziativa ed estetica, la medicina militare, le tecnologie informatiche e l'innovazione e l'organizzazione sanitaria. Se cybermedicina, medicina con le stellette, hi-tech e aziendalizzazione sono titoli che insieme ad altri meritavano un approfondimento a parte (v. box), visto anche il dibattito che li ha accompagnati, del nuovo Codice è doveroso ricordare innanzitutto l'introduzione del concetto di "persona".

Persona che non è più né soltanto paziente, né soltanto cittadino-individuo, ma che va riguardata nella sua interezza di soggetto portatore di diritti, capace di autodeterminarsi e di partecipare attivamente alla relazione terapeutica, fuori dal ruolo passivo cui era relegato appena una manciata d'anni fa. La "persona" o "persona assistita" prescinde dalla carta d'identità o dal passaporto e in quanto inserita in un contesto socio-economico, nonché ambientale, andrà guardata dal medico e dalle strutture sanitarie.

Poiché tema chiama tema, la

responsabilizzazione del camice bianco nei confronti dell'ambiente gli impone, in un'ottica globale, di partecipare all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione, di contrasto alle disuguaglianze di salute e anche di promuovere stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio.

E - passando a tutt'altro concetto di rischio - sul clinical risk management entra più nel dettaglio la nuova versione dell'articolo 14, dedicato a "Prevenzione e gestione degli eventi avversi e sicurezza delle cure". Il medico è tenuto a promuovere le più idonee condizioni di sicurezza contribuendo con: «L'adesione alle buone pratiche cliniche, l'attenzione al processo di informazione e di raccolta del consenso, nonché alla comunicazione di un evento indesiderato e delle sue cause; lo sviluppo continuo di attività formative e valutative sulle procedure di sicurezza delle cure; la rilevazione, segnalazione e valutazione di eventi-sentinella, errori, "quasi-errori" ed eventi avversi valutando le cause e garantendo la natura riservata e confidenziale delle informazioni coinvolte».

Il «primum non nocere» richiesto da Ippocrate è più che mai attuale e va riempito di contenuti concreti, che passano anche per un adeguato flusso informativo.

Informazioni che sempre più vanno condivise, nel pieno rispetto del consenso informato e della privacy, nei Pdta, i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali che implicano l'integrazione professionale e lo scambio e la messa in rete delle competenze. E qui il nuovo Codice fa "esplodere" il vecchio articolo 66 ("Rapporto con le altre professioni sanitarie"). Sta al medico, protagonista delle scelte di cura, adoperarsi «per favorire la collaborazione, la condivisione e l'integrazione fra tutti i professionisti coinvolti nel processo di assistenza e di cura, nel rispetto delle reciproche competenze, autonomie e correlate responsabilità». E sta ancora al medico soste-

tere la formazione interprofessionale, per lo sviluppo delle «distinte competenze tecniche e non tecniche», il miglioramento delle organizzazioni e la valutazione integrata dei processi e degli esiti, l'ottimizzazione della comunicazione e l'osservanza dei principi deontologici comuni.

Un compito non da poco, che parte dal presupposto del "lifelong learning", in molte realtà ancora lontano dall'essere assimilato. Così come, e qui si entra in tutt'altro campo, il concetto del controllo del dolore: dal momento che l'ippocratico «sedare dolorem» pare non essere ancora del tutto recepito, l'articolo 16 ("Trattamenti diagnostico-terapeutici non proporzionati") ricorda al medico il dovere di astenersi dall'intraprendere o insistere in trattamenti diagnostico-terapeutici «non proporzionati» e che - al contrario - «il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento proporzionato».

Infine, una nota doverosa sul consenso informato e le direttive anticipate: il Codice 2014 ne precisa contenuti e valore, confermandone «la libertà e la consapevolezza della scelta sui trattamenti diagnostico-terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuale».

Barbara Gobbi

ATTUALITÀ

sanità

Maria Elisabetta Calabrese

Gli italiani e i farmaci, tra incrementi di consumo e... anomalie d'uso

Presentato il rapporto sull'utilizzo dei farmaci in Italia relativo al periodo gennaio-settembre 2013, realizzato dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) dell'Aifa, è boom della spesa privata

Secundo i dati relativi ai primi nove mesi del 2013, nel nostro Paese sono stati acquistati, presso le farmacie aperte al pubblico, 1.398 milioni di confezioni di medicinali, ovvero una media di circa 23 confezioni a testa, con una crescita pari al +2,0% rispetto ai primi nove mesi dell'anno precedente. Ma attenzione, tale incremento non è dovuto solo all'invecchiamento della popolazione e quindi, a un conseguente aumento di numero di malati cronici, come sarebbe intuitivo presupporre. A volte purtroppo, succedono anche cose strane come il diffondersi di non meglio identificate diete a base di vitamina D o l'abuso di testosterone per aumentare la virilità. «Abbiamo notato un consumo di vitamina D in crescita a due cifre negli ultimi anni», ha rilevato il direttore generale dell'Aifa, Luca Pani, «soprattutto in regioni del Sud, dove c'è un'alta esposizione al sole, che quindi non renderebbe necessari supplementi. Quello che è emerso, è che si sta propagando l'uso della vitamina D per dimagrire, una cosa che non ha nessuna base scientifica». Sul fronte invece dell'ormone mascolinizante, oltre alla preoccupante lievitazione del mercato clandestino, il direttore Pani ha fatto notare che si tratta di una moda iniziata nelle palestre, ma che oggi si sta diffondendo anche fuori: «Ci sono molti uomini di mezza età che sono convinti che il testosterone aumenti la virilità, e se lo fanno prescrivere ogni sei mesi quando al massimo basterebbe una sola somministrazione». Che dire poi degli antibiotici: nonostante le campagne per un uso corretto, il loro consumo soprattutto in ordine di penicilline, macrolidi e fluorochinoloni, sale a +5,4% con un'ampia variabilità regionale che tocca l'apice in Campania con 32,4 dosi giornaliere per 1.000 abitanti. È giusto tuttavia sottolineare che tale crescita, che ha portato la spe-

sa per questa categoria di farmaci a + 3,2%, pari a un valore pro capite di 9,5 euro rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, potrebbe essere stata influenzata da una significativa riduzione del -26,2% del numero di dosi di vaccino antinfluenzale somministrate nel 2012. È in tal senso, che l'Aifa ribadisce l'importanza delle strategie di prevenzione nella tutela della salute per le fasce di popolazione più fragile come quella degli anziani, nei quali all'influenza potrebbero sovrapporsi complicanze polmonari a eziopatogenesi batterica.

La classifica dei farmaci più usati

Nel quadro di una spesa farmaceutica nazionale totale di 19,5 miliardi di euro e una a carico dei cittadini di 6.011 milioni di euro (+3,9% come conseguenza dell'aumento dei ticket, di un maggior consumo di farmaci di automedicazione e farmaci di classe A che si sceglie di acquistare privatamente), e di fronte a un incremento dei consumi (numero delle prescrizioni di medicinali è aumentato del +3,2% rispetto al 2012), le categorie di farmaci più prescritte nei primi nove mesi del 2013 sono risultate:

- al primo posto i farmaci per il sistema cardiovascolare sia per consumo sia per spesa pubblica (486,6 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti e 48,1 euro pro capite, per un totale di quasi 3 miliardi di euro), in particolare gli Ace-inibitori sono i più prescritti e le statine la categoria a maggior spesa. In quest'area terapeutica, attraverso il monitoraggio degli indicatori di appropriatezza d'uso, il rapporto rileva un livello medio relativamente accettabile e una crescita dell'aderenza alle cure da parte dei pazienti.
- I farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo si classificano al secondo posto (178,5 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti). In questa categoria, gli

Inibitori di Pompa Protonica (Ipp) sono primi sia per spesa convenzionata sia per quantità con un utilizzo in costante aumento (+7,3% rispetto al 2012). Fra gli Ipp, quattro molecole sono tra i primi trenta principi attivi a maggior consumo e spesa convenzionata: il lansoprazolo, il pantoprazolo, l'omeprazolo e l'esomeprazolo. A incidere sull'aumento della spesa a carico delle strutture pubbliche sono in particolare le nuove terapie innovative per il diabete mellito di tipo II.

- In terza posizione troviamo i farmaci del sangue e organi emopoietici con 129,4 dosi giornaliere per 1000 abitanti e una spesa pro capite pari a 21,6 euro. All'interno di questa categoria, gli antiaggreganti piastrinici sono i farmaci più prescritti nella distribuzione attraverso le farmacie con 67,2 dosi giornaliere per 1000 abitanti mentre al primo posto in termini di spesa ci sono le eparine non frazionate e a basso peso molecolare (3,1 euro pro capite).

- A occupare la quarta posizione per prescrizione (84,3 dosi giornaliere per 1000 abitanti) e la quinta per spesa pubblica (24,6 euro pro capite) sono i farmaci del sistema nervoso centrale (Snc) che nel loro complesso rappresentano il 7,3% del consumo totale di farmaci e il 10% della spesa farmaceutica pubblica. In ambito di assistenza convenzionata (farmacie pubbliche e private). L'analisi delle sottocategorie ha messo in evidenza che gli antidepressivi emergono come categoria a maggior prescrizione; fra questi, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Ssri) sono stati i medicinali più frequentemente utilizzati (28,1 dosi giornaliere per 1000 abitanti) e sono risultati primi per spesa convenzionata (3,6 euro pro capite) seguiti dagli antiepilettici (3,1 euro pro capite). Da sottolineare anche qui, che tutti gli indicatori evidenziano ampi spazi di miglioramento dell'appropriatezza d'uso degli antidepressivi nella pratica clinica quotidiana. In Italia nel 2013, seguendo un positivo trend di crescita rispetto all'anno precedente, il 41,6% dei pazienti è risultato aderente ai trattamenti antidepressivi.

- Con 52,9 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti e una spesa complessiva pari a 13,6 euro pro capite, la categoria dei farmaci per l'apparato respiratorio si è posizionata al quinto posto. Questi farmaci nel loro complesso rappresentano il 4,6% del

consumo totale di farmaci e il 5,6% della spesa farmaceutica pubblica.

Sebbene sul fronte della spesa farmaceutica sussista ancora una situazione piuttosto complessa, dove alla voce a carico del Ssn che si riduce del 4%, si contrappone una spesa sostenuta dai cittadini che aumenta altrettanto e, a una spesa farmaceutica territoriale che si dovrebbe mantenere entro i limiti del tetto previsto, se ne contrappone una ospedaliera che già supera il livello imposto con preoccupante proiezione verso l'arrivo di nuovi farmaci più costosi, l'aumento dell'uso dei farmaci equivalenti porta positivamente l'Italia ad allinearsi alla media europea. ■



Uno sguardo agli equivalenti

I medicinali a brevetto scaduto rappresentano il 65% delle dosi giornaliere consumate ogni mille abitanti con un incremento del +7,7% rispetto al 2012 e il 46,0% della spesa convenzionata con una crescita rispetto allo scorso anno del +4,9%. Tra i primi 30 principi attivi a brevetto scaduto, al primo posto per spesa maggiore, c'è il lansoprazolo seguito da un altro inibitore della pompa acida, il pantoprazolo.

