

Il piano Cottarelli: mobilità nel pubblico impiego, costi standard per tutti, revisione dell'assistenza sanitaria - Dismissioni, al via con Sace e Stm

Tagli di spesa per 32 miliardi in 3 anni

Si parte con 1,5 miliardi nel 2014 - Letta: entro la settimana il piano privatizzazioni

■ Taglio alla spesa da 32 miliardi tra il 2014 e il 2016: è l'obiettivo massimo fissato dal Comitato interministeriale sulla spending review, presieduto dal premier Enrico Letta, che ha esaminato il programma del commissario straordinario Carlo Cottarelli. Prima tappa un blocco di interventi nella primavera 2014, ma è già allo stu-

dio un intervento in tempi rapidi da 1,5 miliardi. Tra i fronti individuati spiccano mobilità nel pubblico impiego, costi standard per tutti, revisione dell'assistenza sanitaria. Sulle dismissioni, in prima fila Sace e Stm. E Letta stringe i tempi sulle privatizzazioni: il piano entro questa settimana.

Servizi e analisi ► pagine 2-3

Tagli di spesa per 32 miliardi in 3 anni

Nel dossier Cottarelli statali, costi standard e scuola - Prima tranche da 1,5 miliardi anticipata al 2014

Risparmi

Obiettivo massimo 2 punti di Pil, circa il triplo di quanto prevede la legge di stabilità

La road map

Entro febbraio la prima fase della ricognizione
Piano operativo in primavera, sentite le parti sociali

SOTTO LALENTE

Costi della politica, carceri enti lirici, riduzione delle caserme delle forze dell'ordine, Difesa, partecipate pubbliche a partire dalla Rai, pensioni

PREMI PER I VIRTUOSI

Si studiano incentivi finanziari per le strutture che saranno più collaborative nell'individuazione dei tagli selettivi

Marco Rogari
ROMA

■ Due punti di Pil in tre anni. In "soldoni" 32 miliardi tra il 2014 e il 2016, circa il triplo di quanto fin qui indicato dalla legge di stabilità all'esame del Senato. È l'obiettivo massimo di riduzione di spesa fissato dal Comitato interministeriale sulla spending review, presieduto dal premier Enrico Letta, che, alla presenza tra gli altri del ministro Fabrizio Saccomanni, ha esaminato il programma messo a punto dal commissario straordinario Carlo Cottarelli per poi inviarlo in Parlamento. Un dossier che punta a rendere permanente la revisione della spesa su tutta la pubblica amministrazione. Con interventi a vasto raggio: dal personale pubblico affrontando i nodi della mobilità e del turn over, agli acquisti di beni e servizi e ai costi standard, fino alla dimensione delle scuole, alla sanità e alle società partecipate incluso la Rai, Invitalia e il Poligrafico dello Stato. E facendo leva anche su un sistema incentivi finanziari per gli enti e le strutture più collaborative nell'individuare i tagli selettivi.

La prima tappa di questo programma è il varo di un blocco di

interventi all'inizio della primavera 2014. Che potrebbe però essere anticipato - come si afferma nello stesso dossier Cottarelli - da alcune misure, anche prima della fine dell'anno. Non a caso si starebbe valutando un intervento da circa 1,5 miliardi da varare in tempi rapidi, magari nell'ambito della legge di stabilità.

A confermare obiettivi triennali di risparmio e la road map per la revisione della spesa è lo stesso ministro Saccomanni: «Il Comitato interministeriale condivide l'idea che questo processo debba avere un obiettivo ambizioso, circa due punti di Pil nell'arco del triennio». Le risorse recuperate dovrebbero andare in prima battuta alla riduzione delle pressioni fiscali e poi agli investimenti e all'abbattimento del debutto.

Cottarelli assicura che la prima tranche del piano operativo con le misure da proporre al governo sarà pronto tra la fine di dicembre 2013 e febbraio 2014, quando sarà completata la fase di ricognizione tecnica. E aggiunge che, al netto dei possibili anticipi di quale intervento, le misure legislative potranno essere definite nella prossima primavera con conseguente quan-

tificazione dei risparmi di spesa per il 2014. Il dossier Cottarelli per il momento parte dagli obiettivi "minimi" di risparmio fissati dalla "stabilità": 3,6 miliardi nel 2015, 8,3 miliardi nel 2016 e 11,3 miliardi dal 2017. Ma nel documento si afferma anche che «in sede politica dovrà essere valutata l'opportunità di andare oltre questi obiettivi minimi, individuando risparmi addizionali già nel 2014 e con più apprezzabili risparmi complessivi per il periodo 2014-16 rispetto al quadro a politiche invariate della Legge di Stabilità».

Quanto alla strategia da adottare, nel dossier si individuano «nell'efficientamento» e nella «riconsiderazione del perimetro della spesa pubblica» le coordinate su cui sviluppare il nuovo processo permanente di revisione della spesa. Anche attraverso un



confronto con le parti sociali. Il gruppo di lavoro di Cottarelli, composto da un decina di funzionari interni alla Pa, si avvarrà del supporto della Ragioneria generale dello Stato e di oltre altri 20 gruppi di lavoro per aree tematiche. Otto dei quali «orizzontali» con la presenza di dirigenti pubblici ma anche (a titolo gratuito) di esperti provenienti dal mondo accademico. Che serviranno a setacciare altrettante aree di spesa. Anzitutto gli acquisti di beni e servizi, anche con l'obiettivo di rafforzare il ruolo della Consip. la gestione degli immobili per ridurre la spesa di locazione e di manutenzione, e l'organizzazione amministrativa. In questo caso si profilano la soppressione di molti enti e l'accorpamento di diverse strutture.

Nel mirino anche il pubblico impiego, la sanità (dai piani terapeutici agli acquisti dei **farmaci**), i costi della politica (per Regioni, Province, Comuni e i finanziamenti ai partiti) le procedure per gli appalti pubblici e gli enti locali per i quali dovrà diventare pienamente operativo il sistema dei costi e dei fabbisogni standard ad estendere anche alle altre amministrazioni. Ma la lente sarà rivolta anche alla scuola, a partire dalle dimensioni degli edifici e dal numero degli insegnanti di sostegno, alle carceri, le fiere, i parchi, gli archivi di Stato e gli enti lirici. Non esclusa un'analisi anche sulle pensioni, a cominciare dalle reversibilità. Si punterà a un coordinamento della Polizia con Carabinieri, Guardia di finanza e Forestali soprattutto per ridurre il numero degli immobili utilizzati e a interventi per razionalizzare le spese per la Difesa: dalle cure termali al coordinamento con altre forze per alleggerire gli organici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il piano di revisione della spesa pubblica

OBIETTIVI

L'obiettivo dichiarato è quello di risparmiare 32 miliardi nel triennio 2014-2016. Con la possibilità di anticipare almeno 1,5 miliardi già nel 2014, anno in cui la legge di Stabilità non prevedeva risparmi da questo piano di revisione della spesa. Fare 2 punti percentuali di Pil nel triennio significa triplicare i risparmi previsti al momento dalla Stabilità: nessun risparmio per il 2014, 3,6 miliardi nel 2015, 8,3 miliardi nel 2016 e 11,3 miliardi a decorrere dal 2017. Le risorse liberate verranno usate per ridurre il carico fiscale, fare più spesa per investimenti e abbattere quote del debito pubblico

GRUPPI DI LAVORO

Sono otto i gruppi di lavoro che supporteranno la task force di Cottarelli e saranno impegnati su altrettante aree tematiche. Ecco: 1) Beni e servizi; 2) Immobili; 3) Organizzazione amministrativa; 4) Pubblico impiego; 5) Fabbisogni e costi standard; 6) Costi della politica (per regioni, province, comuni; finanziamenti pubblici ai partiti, etc.); 7) Qualità spese di investimento; 8) Società partecipate pubbliche della amministrazioni territoriali e dello Stato (Rai, Invalitalia, Casse conguaglio, Gse, Istituto di Credito sportivo, Agenzie servizi difesa, Poligrafico dello Stato, Rete Autostradale Mediterranee, etc.)

ATTIVITÀ COMMISSARIO

Su tutto il programma d'azione del commissario straordinario c'è l'impegno a garantire il massimo di comunicazione e trasparenza. Il Commissario straordinario potrà intraprendere azioni dirette per aumentare gli incentivi ad un uso efficiente delle risorse. In particolare potrà avvalersi di ispezioni e verifiche da parte dell'Ispezzato per la Funzione Pubblica, della RGS e della Guardia di Finanza. Alcuni temi trasversali verranno affrontati direttamente dal gruppo di base di Cottarelli: per esempio la assegnazione di "auto blu", i costi delle consulenze.

CRONOPROGRAMMA

La revisione della spesa procederà per fasi. Ecco quelle iniziali.
Dicembre 2013-Febbraio 2014: ricognizione per definire le misure legislative e amministrative che potrebbero essere approvate già a metà anno e quantificazione dei relativi risparmi di spesa nel 2014 e negli anni successivi.
Marzo-Aprile 2014: utilizzo della ricognizione nell'ambito del Documento di economia e finanza per la formulazione degli obiettivi di finanza pubblica
Aprile 2014: analisi dell'impatto macroeconomico e distributivo delle misure



OBIETTIVI



GRUPPI DI LAVORO



ATTIVITÀ COMMISSARIO



CRONOPROGRAMMA

Intervento ad ampio raggio. Nel menù nuovo Patto per la salute, fabbisogni standard e revisione dei Lea

Risparmi in sanità per 6-7 miliardi

Roberto Turno

Tra 6 e 7 miliardi in meno nel giro di tre anni. Si scrive «riqualificazione» della spesa, si legge «taglio» secco dei costi. Tra sprechi, doppioni, uscite evitabili, centrali d'acquisto impiegate a largo spettro per beni e servizi sanitari e non, strette vere e proprie ai servizi, più rigore nelle cure e nell'appropriatezza delle prestazioni. Non esclusa una revisione dei Lea (i livelli essenziali di assistenza) «anche con riferimento a particolari categorie», dal significato tutto da chiarire. E piccoli ospedali e personali sempre nel mirino. La spesa sanitaria resta l'indiziata «numero 1» anche della spending review targata Cottarelli-Saccomanni.

Uscita indenne dalla prima versione della legge di stabilità (ma ora messa sotto tiro dai senatori), la sanità pubblica torna formalmente nel mirino del Governo con una potenziale dote di risparmi ancora una volta miliardaria. Anche perché, oltre alla spending, sul tavolo ci sono già almeno due carte: il «Patto per la salute» con i governatori e i costi standard ormai alle porte. Insomma, un trittico di riforme con le quali si cerca di salvare il

salvabile di quel che resta dell'universalità del Ssn.

Il piano di spending presentato ieri da Cottarelli e in serata trasmesso alle Camere da Dario Franceschini, dedica alla «salute» un apposito elenco di temi che dovranno essere svolti da appositi gruppi di lavoro. I primi tre punti del capitolo sono apparentemente blandi: riassetto della rete periferica veterinaria e medica, completamento del trasferimento delle funzioni di assistenza sanitaria al personale «navigante e aeronavigante», enti vigilati dal ministero. Quale potrà essere la direzione di marcia, non è indicato nel documento. Ma sono gli altri tre punti del capitolo che potranno destare preoccupazione nel settore.

Il primo sono le centrali d'acquisto per farmaci e beni e servizi sanitari e non sanitari, idea rilanciata da Beatrice Lorenzin e su cui la Consip è pronta da tempo, per fare trasparenza nelle gare e garantire acquisti sempre più favorevoli per asl e ospedali. Secondo intervento: i protocolli terapeutici e la garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni. Infine, tema ricorrente e ora indicato nero su bianco: la revisione dei

LE CIFRE

34 miliardi

Il deficit cumulato
È il valore complessivo del disavanzo finanziario accumulato da asl e ospedali dal 2001 al 2012

40 miliardi

I debiti
Il valore dei debiti dei servizi sanitari regionali verso i fornitori di asl e ospedali

99.753

Posti letto
Sono i posti letto tagliati negli ospedali del Servizio sanitario nazionale nel decennio che va dal 2001 al 2011

9

Regioni virtuose
Sono le regioni che nel 2012 hanno rispettato l'obbligo dell'erogazione dei Lea, ovvero i livelli essenziali di assistenza

Lea «anche con riferimento a particolari categorie», afferma in maniera sibillina il documento come tema di lavoro per l'apposito gruppo di lavoro, senza spiegare se le «particolari categorie» siano quelle con più reddito, gli esenti per patologia o che altro. Che di stretta si tratti, tuttavia, non c'è dubbio. Accompagnandosi, anche per la sanità, alle misure in cantiere per il pubblico impiego, a partire dalla mobilità

Fin qui il documento sulla spending. Che necessariamente si affiancherà ai costi standard in cottura (benchmark tra tutte le regioni con i conti in regola e convergenza in 5 anni per le altre) e al «Patto» atteso per Natale. Ed è qui che entrerà in gioco il pressing sui piccoli ospedali con un taglio di almeno 15mila posti letto, la morsa dei prezzi di riferimento finora falliti, ancora il personale medico e non, perfino un ricorso sempre più serrato all'e-health. Tutto quello che può fare risparmio, insomma, passando al setaccio l'intera spesa del Ssn. Che la riqualificazione dei bilanci non diventi una mannaia sulle cure, sarà una promessa tutta da dimostrare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cottarelli presenta il piano: via libera alla mobilità per gli statali
 Il premier: parte la spending review
 risparmi per 32 miliardi in tre anni
 MANIA E PETRINI ALLE PAGINE 10 E 11

IL DOSSIER. Le scelte del governo

La manovra

Scatta subito la spending review darà 32 miliardi in tre anni e per gli statali arriva la mobilità

Letta: no a tagli lineari. Cottarelli: il via a febbraio

Saccomanni: "Bene il programma di lavoro. Con queste risorse ridurremo per prima cosa le tasse"

"Gli altri obiettivi sono il finanziamento di investimenti produttivi e la riduzione del debito"

Sarà coinvolta tutta la pubblica amministrazione. Verifiche anche sulla la spesa per le intercettazioni



PROGRAMMA
 La prima pagina del Programma di lavoro del commissario alla spending review Carlo Cottarelli

comitato interministeriale a Palazzo Chigi. Le prime misure potranno arrivare a febbraio, in concomitanza con la fine del lavoro tecnico, ma il provvedimento vero e proprio giungerà nella primavera-estate del prossimo anno. Rispetto al timing previsto dalla legge di Stabilità, si anticipano al 2014 alcuni effetti della revisione della

ROBERTO PETRINI

La spending review accelera e triplica gli obiettivi dei risparmi. L'annuncio è giunto ieri dal ministro dell'Economia Saccomanni, affiancato da Mr. Forbici, Carlo Cottarelli, in occasione della riunione dell'apposito



spesa pubblica (in precedenza la partenza era prevista per il 2015). Ma soprattutto si triplica l'entità dei tagli triennali: la legge di Stabilità prevedeva 11,9 miliardi nel triennio 2014-2016, mentre il nuovo intervento sale a 32 miliardi, il 2 per cento del Pil, come ha detto Saccomanni. Esteso il menù degli interventi: dalla mobilità del posto di lavoro e delle funzioni per gli statali al taglio dei costi per le intercettazioni telefoniche, dall'intervento sulle pensioni di reversibilità alle prestazioni assistenziali, dai consueti beni e servizi alla revisione dei Lea, i livelli essenziali di assistenza.

Le risorse, ha spiegato Saccomanni, «saranno destinate in maggior parte alla riduzione delle imposte, come previsto, ma anche a finanziare gli investimenti produttivi e alla riduzione del debito».

Il presidente del Consiglio Enrico Letta si è soffermato sul senso politico dell'operazione spending review:

«Bisogna mettere la spesa sotto controllo - ha detto - ma non bastano i tagli lineari. Servono intelligenza, azione e scelte». «Sulla spesa pubblica si cambia verso», ha aggiunto il premier. Nel merito il ministro dell'Economia Saccomanni ha ribadito che «l'azione principale di contenimento del debito pubblico verrà da privatizzazioni e da rientro di capitali dall'estero». Ha aggiunto di sperare «che ci sarà un contributo dalla revisione della spesa pubblica al sostegno della crescita». Quanto alla Pubblica amministrazione, Saccomanni ha confermato che la sua riorganizzazione «passa attraverso il meccanismo della spending review». L'obiettivo è quello di migliorare l'efficienza dell'apparato pubblico e di ridurre i costi in modo da «fornire servizi di migliore qualità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il pubblico impiego

Previsti canali di uscita e buste paga armonizzate

PAROLA d'ordine: mobilità tra amministrazioni e funzioni. Ma anche, secondo quanto enunciato nel rapporto-Cottarelli, «esplorazione di canali di uscita e rivalutazione di misure sul turnover». Oltre all'armonizzazione del sistema retributivo e contrattualistico. Senza contare che, oltre al pubblico impiego, la spending review si propone di intervenire sulle pensioni d'oro, le pensioni di reversibilità e le prestazioni assistenziali.

Tornando alla missione della spending review per gli statali si punta ad agire su un terreno già colpito dalla legge di Stabilità in discussione in Parlamento. Il provvedimento all'esame del Senato prevede infatti già il blocco della contrattazione (esteso fino al 31 dicembre 2014) e due anni in più di vincolo sul turnover, che terminerà nel 2018. Inoltre è previsto il taglio del 10% degli straordinari (5% per comparto difesa e sicurezza) e dilazione da sei a 12 mesi del pagamento del Tfr ai lavoratori in uscita.

La missione è difficile anche perché, sulla base delle ultime ricognizioni, ministeri ed enti della Pubblica amministrazione centrale hanno trovato poco meno di 8 mila esuberanti (cioè lo 0,3% del personale). Il Def, infine, dice che la spesa per il pubblico impiego è l'unica voce destinata a rimanere ferma fino al 2017.

Beni e servizi

Acquisti stile Consip per evitare gli sprechi

SIRIPARTE dai beni e servizi. Vero e proprio rebus della spesa pubblica sul quale hanno rischiato di incagliarsi i precedenti tentativi di razionalizzazione. Il messaggio che viene dal «Programma di lavoro» punta sul «rafforzamento della Consip». La spesa da intaccare è enorme: da 136 miliardi ogni anno di forniture e servizi da parte della pubblica amministrazione. Nel 2012 sono stati incassati i 4,4 miliardi di risparmi grazie all'azione

della Consip: dalle stime del Tesoro sugli acquisti centralizzati si può prevedere, ottimisticamente, una ulteriore fetta tra i 4-5 miliardi. Del resto dal bilancio 2012 Consip emerge che sono passati per il filtro della società controllata dal Tesoro 30 miliardi, contro i 136,1 di consumi intermedi che compongono l'insieme delle «uscite» delle amministrazioni statali e periferiche. Tuttavia attualmente devono passare per la Consip tutte le amministrazioni statali, ma solo per otto categorie merceologiche (energia, carburanti rete ed extra rete, telefonia fissa e mobile, gas e combustibile da riscaldamento). Fanno eccezione le scuole e le università, del tutto esonerate. Gli enti locali possono rivolgersi al mercato libero, ma devono trovare gli stessi prodotti a prezzi inferiori. La cura anti-sprechi potrebbe quindi rendere obbligatori altri prodotti e obbligare altre amministrazioni al sistema Consip.

La sanità

Partita da 108 miliardi tagli del 24% sui farmaci

LA SPENDING review inflerà il bisturi su due temi assai delicati, dalla «revisione dei livelli essenziali» fino all'«appropriatezza delle prestazioni». Il cuore dell'assistenza sanitaria e del Servizio sanitario nazionale. La partita, come è noto, vale 108 miliardi, a tanto ammonta nel 2013 il finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Da tempo la difficile trattativa con le Regioni sta tentando di far

decollare il sistema dei costi standard. Fino ad oggi sono stati rivisti e prevedono, per Asl e ospedali, un mix di costi e qualità. Si attendeva un intervento nella legge di Stabilità e non è escluso che arrivi sulla base delle intese con le Regioni. A fare da benchmark saranno le otto Regioni che non sono sottoposte a piano di rientro dal deficit sanitario. Un capitolo a parte è quello della possibilità di ulteriori risparmi su beni e servizi: per evitare il famoso paradosso della siringa, assai citato nei talk show, per cui lo stesso bene costa a Reggio Calabria il triplo rispetto Milano. Ma non si tratterà solo di questo: secondo l'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici si può recuperare fino al 14 per cento del valore di spesa del servizio di pulizia in sanità. Mentre per i farmaci e per i dispositivi medici si oscilla dal 7,4 per cento al 24,6 per cento.



I costi della politica

Il futuro delle Province e l'incognita del voto

QUI la spending di Cottarelli è chiara: per costi della politica si intendono «Regioni, Province, Comuni; finanziamento pubblico ai partiti, etc.». La questione delle Province è quella più «calda»: il 31 dicembre scadono i commissariamenti di



32 Province, che sono state «congelate» dal dibattito avviato con il Governo Monti e nel 2014 potrebbero tornare al voto, insieme alle 62 Province in cui i mandati amministrativi sono stati avviati nel 2009 e quindi finiranno l'anno prossimo. Ci troveremo di fronte ad una serie di 94 elezioni provinciali che, insieme a quelle che si terranno in primavera in 4.069 Comuni, rischia di travolgere ogni tentativo di riforma.

L'ultima carta da giocare è il disegno di legge Delrio, in discussione presso la commissione Affari costituzionali della Camera. Sul tema si è scatenata anche una battaglia fra costituzionalisti. Quelli raccolti dall'Upi (tra cui Valerio Onida) sostengono che lo «svuotamento» delle Province, con redistribuzione delle funzioni e sostituzione di Giunte e Consigli con organi di secondo livello composti dai sindaci del territorio, cozza contro l'articolo 114 della Costituzione. I loro colleghi interpellati dal governo, fra i quali Augusto Barbera e Stefano Ceccanti, sostengono il contrario e negano l'esistenza di un «diritto naturale» alle funzioni e agli organi elettivi delle Province.

Gli enti

Sotto esame fiere e capitanerie di porto

UN COLPO d'accetta alle strutture e agli apparati dello Stato. Senza risparmiare nessuno. L'elenco è sterminato: si va dalla razionalizzazione delle Camere di commercio a quella degli Enti fiera. Un occhio



va anche alle indennità del personale diplomatico e alla rete diplomatico-consolare e culturale all'estero. Nel mirino anche le scuole e gli istituti di cultura in terra straniera. Le forbici di Cottarelli dovranno agire anche

sulla dimensione delle scuole, sugli insegnanti di sostegno e sulla revisione dei fondi di ricerca per «Cnr, Enea etc.». Azione di razionalizzazione anche sugli apparati dello Stato: si prevedono, presumibilmente, tagli della rete delle prefetture, ma anche un intervento di «coordinamento» tra Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza e Forestali, con attenzione al tema degli immobili e delle caserme. Oggetto di attenzione anche i costi delle intercettazioni telefoniche. Nel mirino anche capitanerie di porto, guardia costiera e autorità portuali. Prevista la «riforma della motorizzazione civile-Aci». Revisione anche dei finanziamenti all'autotrasporto. Spinge in questa direzione il Codacons che ricorda a Cottarelli che il numero di enti inutili: quelli censiti da Monti erano circa 500 enti che costano la bellezza di 10 miliardi di euro l'anno.

Le tappe

1

DICEMBRE 2013

Inizia una prima fase di tre mesi per capire, entro febbraio, quanto si risparmierà a partire dal 2014, e quali sono le misure legislative e amministrative da adottare

2

MARZO-APRILE 2014

Ministeri ed enti territoriali definiranno le misure per raggiungere gli obiettivi di risparmio, e si deciderà come utilizzare le risorse ottenute con la spending review

3

MAGGIO-LUGLIO 2014

Saranno presi i provvedimenti legislativi che renderanno operative le misure studiate per attuare la spending review. Gli effetti saranno distribuiti tra il 2014 e il triennio 2015-2017

4

AUTUNNO 2014

I temi che non saranno affrontati nei prossimi mesi verranno sottoposti a un'ulteriore fase di studio e inseriti all'interno della legge di Stabilità 2015

La sanità

Partita da 108 miliardi tagli del 24% sui farmaci

LA SPENDING review infilerà il bisturi su due temi assai delicati, dalla «revisione dei livelli essenziali» fino all'«appropriatezza delle prestazioni». Il cuore dell'assistenza sanitaria e del Servizio sanitario nazionale. La partita, come è noto, vale 108 miliardi, a tanto ammonta nel 2013 il finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Da tempo la difficile trattativa con le Regioni sta tentando di far



decollare il sistema dei costi standard. Fino ad oggi sono stati rivisti e prevedono, per Asl e ospedali, un mix di costi e qualità. Si attendeva un intervento nella legge di Stabilità e non è escluso che arrivi sulla base delle intese con le Regioni. A fare da benchmark saranno le otto Regioni che non sono sottoposte a piano di rientro dal deficit sanitario. Un capitolo a parte è quello della possibilità di ulteriori risparmi su beni e servizi: per evitare il famoso paradosso della siringa, assai citato nei talk show, per cui lo stesso bene costa a Reggio Calabria il triplo rispetto Milano. Ma non si tratterà solo di questo: secondo l'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici si può recuperare fino al 14 per cento del valore di spesa del servizio di pulizia in sanità. Mentre per i farmaci e per i dispositivi medici si oscilla dal 7,4 per cento al 24,6 per cento.

www.ecostampa.it



SANITÀ E SPESE: FUORICONTROLLO 3,4 MILIARDI

Continua il viaggio di *Panorama* nella giungla degli acquisti di beni e servizi da parte dello Stato. Dove mancano le verifiche su chi rispetta le regole



Lo stent coronarico è un tubicino metallico che si impianta ai malati di cuore per correggere un difetto nel flusso sanguigno. Un oggetto complesso e costoso, ma in fondo abbastanza comune nell'epoca in cui viviamo, il cui valore dovrebbe essere relativamente uniforme in tutti i paesi con un avanzato livello di benessere e un'economia di mercato. Non in Italia, dove il suo prezzo subisce oscillazioni clamorose fra una regione e l'altra: 760 euro in Liguria, 448 in Toscana, 850 in Piemonte e 950 in Campania. Si parla, beninteso, dello stesso modello, lo Xience Prime. È ciò che *Panorama* ha accertato in questi giorni grazie a una lunga e complessa ricerca sul campo.

Basterebbe questo a dare un'idea del caos che regna nella spesa, sanitaria e non, della pubblica amministrazione. Un museo degli orrori che ha nel capitolo degli acquisti la sua botola segreta, così protetta dalla scarsità di dati pubblici che il nuovo commissario della spending review, Carlo Cottarelli, farà fatica persino ad aprirla. Gli scostamenti nei prezzi delle protesi o dei farmaci acquistati dalle asl in giro per l'Italia sono stati denunciati tante volte, alla ricerca di un meccanismo che possa mettere un freno ai comportamenti scorretti, e qualche piccolo passo avanti è stato compiuto negli ultimi anni con la stretta sulla spesa sanitaria delle regioni. Eppure, a quanto risulta a *Panorama*, ben 3,4 miliardi di euro di bandi per l'acquisto di farmaci sono effettuati al di fuori dei circuiti della Consip, la società delegata agli acquisti della pubblica amministrazione. Ma è difficile ottenere risultati (che non siano il puro e semplice abbattimento del livello dei servizi) fintanto che si continua a intervenire in modo episodico e senza la giusta attenzione al comportamento dei singoli.

Quanto sia complicata la situazione lo dice un report di ricerca del 2012 intitolato «Supporto per gli acquisti di tecnologie sanitarie e monitoraggio prezzi», preparato dalla Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), secondo cui gare e offerte tecnico-economiche sono «estremamente variabili e disomogenee»; ma anche il confronto di macchinari identici, della stessa marca, è questo il paradosso, risulta complesso perché «annegati» (nel report è scritto proprio così) «nella quotazione di insieme più o meno omogenea». Quel che manca, insomma, è la «trasparenza sul mix di elementi forniti».

Stando così le cose, non c'è da sorprendersi se le diverse amministrazioni sparse sul territorio continuano a comportarsi in modo disomogeneo. Un tentativo di portarle su un'unica strada è stato fatto (sotto la spinta della drammatica necessità di ridurre la spesa) dall'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici, con il varo nel luglio del 2012 dei «prezzi di riferimento». È un termine di cui vale la pena di spiegare l'origine. Dopo aver scoperto differenze di prezzo da far saltare sulla sedia, l'autorità ha individuato, per via statistica, il decimo prezzo migliore nell'acquisto di beni e servizi, considerando il totale del campione uguale a 100. Quel livello è stato fissato come il prezzo di riferimento. E poiché le necessità di risparmio dello Stato erano in quel momento particolarmente impellenti, si è

stabilito che in nessun caso poteva essere superato di più del 20 per cento, pena la decadenza e la rinegoziazione dei contratti.

In un primo momento questa norma ebbe l'effetto di una rivoluzione, mettendo in subbuglio l'intera sanità. Ma poi le aziende sono passate al contrattacco, con una serie di ricorsi al Tar del Lazio che hanno messo in luce le carenze con cui quei prezzi erano stati fissati, per l'intera categoria dei «dispositivi medici» (ossia i prodotti materiali) e per un certo numero di farmaci: troppe le differenze tra esemplari classificati come appartenenti a un'unica voce e troppo esiguo il campione dell'indagine statistica. Il tar ha dato ragione ai ricorrenti e i prezzi di riferimento hanno perso il loro carattere di limite obbligatorio. «Mantengono la validità di valori di riferimento quali strumenti di programmazione e razionalizzazione della spesa» è scritto malinconicamente al piede della tabella pubblicata sul sito dell'autorità.

Del resto, anche là dove il prezzo di riferimento resta obbligatorio, ossia in tutte le altre categorie (dal prezzo di una parte dei farmaci a quello degli zoccoli per gli infermieri), la sua efficacia reale resta da dimostrare. A chi spetta di verificare il comportamento delle asl ed eventualmente sanzionare gli inadempienti? Non all'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici, che non sa neppure se le amministrazioni osservino i limiti che essa stessa ha stabilito. Una classifica di buoni e cattivi, relativamente agli acquisti, si può provare a stilare solo sulla base del campione statistico utilizzato dall'autorità, e comunque non oltre la metà del 2012, quando è stata effettuata la raccolta di dati per fissare i prezzi di riferimento.

Con questi limiti si può dire che il Veneto, l'Abruzzo e il Piemonte pagano i farmaci senza brevetto sensibilmente meno della media italiana, mentre la Puglia, il Lazio, la Basilicata e l'Umbria sono quelle che spendono di più. La Asl di Bari sembra una delle più spendaccione, insieme con Pescara, Olbia, Taranto, e con la centrale acquisti del Lazio; i migliori risulterebbero invece l'Ente per i servizi tecnico amministrativi dell'area vasta centro, in Toscana, la Società di committenza della Regione Piemonte, la Regione Veneto, l'Azienda ospedaliera polo universitario Luigi Sacco di Milano, l'Azienda sanitaria locale numero 2 di Lanciano-Vasto-Chieti.

Anche se è bene sottolineare che si tratta di indicazioni parziali (la Campania per esempio non è considerata solo perché su di essa non c'è un numero di osservazioni sufficiente), basate su un campione ristretto e che in ogni caso si riferiscono al periodo precedente alla metà del 2012. Come si siano comportate le varie stazioni appaltanti da allora a oggi non è dato sapere.

Le regioni sottoposte a piani di rientro sono sotto la vigilanza del governo, ma i controlli riguardano in genere il livello complessivo dei conti, più che il prezzo a cui vengono effettuati i singoli acquisti. Non resta dunque che sperare nella magistratura contabile. Dovrà essere la Corte dei conti a sanzionare chi sfora. Qualche indicazione si può però avere nel frattempo sui comportamenti generali delle diverse regioni. Sui ritardi dei pagamenti, per esempio, che sono uno dei fattori determinanti nel far lievitare i prezzi delle forniture. Se in Lombardia si attestano intorno ai 100 giorni, in Campania sono in media di 570, in Molise di 886 e in Calabria arrivano a 960. Come stupirsi se i prezzi di acquisto alla fine sono diversi?

Un ruolo importante nell'opera di razionalizzazione della spesa, non solo in ambito sanitario, spetterebbe alla Consip, la centrale da cui dovrebbero passare gli acquisti di tutta la pubblica amministrazione. Ma anche qui non c'è da stare allegri, dal momento che non sono poche le amministrazioni che, per un motivo o per l'altro, si sottraggono alle gare e alle procedure Consip. Nel periodo fra il 30 ottobre 2012 e l'11 febbraio 2013, per esempio, l'azienda sanitaria provinciale di Catania ha effettuato autonomamente bandi di acquisto di farmaci per oltre 2 miliardi di euro. Una cifra enorme, spezzettata in centinaia di lotti assegnati al di fuori dalle regole della legislazione vigente (che in alternativa alla Consip prevede l'utilizzo delle piattaforme delle centrali di acquisto territoriali).

L'enormità dell'importo fa di Catania un caso limite (non necessariamente sinonimo di illegalità, beninteso), ma ci sono moltissime altre amministrazioni che scavalcano abitualmente la centrale nazionale per le esigenze più disparate. L'Azienda ospedaliera Brotzu di Cagliari ha bandito alla fine del 2012 un appalto da 5 milioni per l'energia elettrica e nello stesso settore il Consorzio interuniversitario Cineca (che riunisce atenei di tutta Italia) ha dato vita a un appalto di 6,2 milioni. Sono solo due esempi. La legge stabilisce che là dove esista una convenzione Consip (e nell'energia c'è, come nel gas, nei carburanti, nel combustibile da riscaldamento e nella telefonia) è legittimo fare da sé, ma solo a patto di spuntare un prezzo migliore. Le amministrazioni che hanno ignorato le convenzioni Consip lo avranno fatto?

<http://economia.panorama.it/soldi/Spesa-Pubblica-Sanita-Tagli-Sprechi>

La dietologa Usa: è molto stimolante, però può far dimagrire

Insonnia, il pomodoro come il caffè

MAURIZIO MOLINARI
CORRISPONDENTE DA NEW YORK

Il pomodoro complica il sonno ma può far dimagrire: questo si evince da alcuni studi di dietologia. «Se non riuscite a dormire la notte la colpa può essere di cosa mangiate di solito», assicura Shelly Redmont, la dietologa autrice di «Eat Well and Be Fabulous», secondo la quale i primi indiziati sono «i cibi a base di pomodori» capaci di avere effetti «equivalenti alla caffeina ed alla soda» anche se «spesso lo sottovalutiamo».

Sebbene privi di caffeina, i pomodori - di generi differenti - per Redmont hanno infatti il risultato di stimola-

Il rimedio consigliato:
«Di sera è meglio finire la cena con le banane»

re la mente e il corpo umano rendendo più difficile il sonno. La coincidenza di effetti fra pomodori e caffè è tale da aver spinto team di ricercatori a identificare possibili coincidenze ma ancora senza successo.

Ad arrivare ad una conclusione analoga sull'effetto dei pomodori è Colleed Moody, dietologa di «Diet & Health», che dà ai propri lettori il seguente consiglio: «Mangiare la pasta al sugo prima di andare a dormire può avere conseguenze negative sul vostro sonno». Il motivo è anzitutto dovuto al fatto che «ogni tipo di cibo a base di pomodoro ha la tendenza di causare reflussi acidi e bruciori che impediscono ad una persona di poter riposare con tranquillità». E' una dinamica che ha che vedere con la gestione, considerata simile a quella del hummus mediorientale.

Sul fronte opposto invece, fra i cibi più consigliati per dormire un sonno tranquillo vi sono i tè alle erbe e le banane. Ad evidenziare il «rischio

dei pomodori» è anche uno studio sui cibi reso noto dalla tv Abc, nel quale si ricostruisce come la maggioranza delle persone reagiscono nella notte con diversi tipi di «tensioni» all'averli mangiati a tavola durante la cena. E' una valutazione che, secondo l'Abc, accomuna i vari tipi di pomodori in commercio - verdi o rossi, di provenienza e coltivazioni differenti - come anche quelli crudi oppure cucinati. Ironia della sorte vuole tuttavia che, secondo altri studi di dietologia recentemente pubblicati, mangiare pomodori la sera può aiutare la condizione fisica e, più in generale a dimagrire, fino al punto da suggerire di sceglierli come unico tipo di alimentazione per periodi di tempo, misurabili in settimane, destinati a rimettere ordine nella forma fisica.

Studio spagnolo

«Ma il sugo rosso fa bene al cuore»

■ Olio extravergine d'oliva, trito di cipolla, aglio, pomodoro a volontà. La salsa più amata dagli italiani è pure la più sana per cuore e arterie, grazie ai 40 polifenoli antiossidanti racchiusi negli ingredienti del sugo rosso. Lo dimostra uno studio pubblicato su «Food Chemistry», condotto da un team di scienziati dell'Università di Barcellona: le virtù del sugo non si nascondono nei vari ingredienti, ma nel combinarli in un mix.



Oltre la ricerca
Fa discutere negli Stati Uniti l'indagine sui cibi trasmessa dal network Abc che rivela il potere eccitante dei pomodori



L. STABILITA': REGIONI CHIEDONO 5 MLD PER EDILIZIA SANITARIA

(ANSA) - ROMA, 18 NOV - Il fabbisogno sanitario per il 2014 per le Regioni e' di 109,9 miliardi di euro (non di 107,9 miliardi come previsto dalla precedente legge di stabilita') perche' vanno previsti i 2 miliardi di euro l'anno (da calcolare anche per il 2015 ed il 2016), che servono alle Regioni per evitare l'introduzione di ticket sanitari dal prossimo 1 gennaio. A cio' vanno aggiunti 5 miliardi di euro che le Regioni chiedono, sempre per il triennio 2014-2016, per la costruzione di ospedali di riferimento regionale o policlinici universitari e per l'adeguamento degli stessi alla normativa in materia anti-incendio e sismica (la legge di stabilita' non aveva previsto risorse per finanziare la legge sull'edilizia sanitaria). Questo, in sintesi, il contenuto degli emendamenti in materia di sanita' presentati dai presidenti delle Regioni. In tutto (tra edilizia sanitaria e soldi per evitare i ticket), si tratta di richieste che ammontano a 11 miliardi di euro, da aggiungere alle risorse del Fondo nazionale sanitario. A queste cifre le Regioni sommano richieste per quasi 173 milioni di euro, per ciascuno degli anni 2013-2015 per corrispondere gli indennizzi in favore di chi e' stato danneggiato da vaccinazioni obbligatorie e trasfusioni. Un'ulteriore spesa di 60 milioni deve essere prevista - secondo i governatori - per corrispondere gli arretrati dovuti alla rivalutazione dell'indennita' integrativa speciale, in adempimento ad una sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo. Con un altro emendamento, le Regioni chiedono di poter valorizzare le risorse umane, ma anche gli enti e le aziende del servizio sanitario, conferendo incarichi ai propri dipendenti a tempo indeterminato per svolgere attivita' particolari, anche a carattere transitorio straordinario e comunque attinenti alle funzioni dell'ente, per le quali e' richiesta una specifica competenza e professionalita' al di fuori dell'orario di lavoro, utilizzando risorse economiche provenienti da finanziamenti privati. Infine, i governatori chiedono, con un emendamento, che sia assicurato alle Regioni in equilibrio finanziario, che le risorse messe a disposizione a titolo di anticipazione non ancora richieste per le finalita' previste, rimangano nella disponibilita' delle stesse Regioni per il completamento dei programmi di investimento tecnologici e in sanita' e dei relativi pagamenti alle imprese. Dalle Regioni e dagli Enti Locali, nei giorni scorsi, e' arrivato il si' alla legge di stabilita' ma condizionato alla richiesta di vedere accettati gli emendamenti proposti. (ANSA).

quotidiano**sanità**.it

Martedì 19 NOVEMBRE 2013

Diabete. Target glicemici personalizzati sui pazienti anziani

A tentare per la prima volta di raggiungere obiettivi terapeutici personalizzati in termini di controllo glicemico in pazienti anziani con diabete è stato lo studio internazionale INTERVAL, pubblicato in questi giorni su The Lancet. Ecco tutti i risultati della ricerca che introduce la personalizzazione del target per l'emoglobina glicata.

Di solito, quando si tenta di tenere sotto controllo il livello di emoglobina glicata in pazienti affetti da diabete di tipo 2, si stabilisce un livello omogeneo per tutti i pazienti. Ma per una volta, nel nuovo studio internazionale INTERVAL pubblicato su *The Lancet*, non è stato così: "L'aspetto importante dello studio è legato al fatto di aver introdotto un criterio personalizzato per la definizione del target glicemico, ovvero dell'emoglobina glicata (HbA1c), parametro che determina il grado di controllo della malattia", ha commentato **Francesco Giorgino**, esperto e Ordinario di Endocrinologia presso l'Università di Bari. I dati dimostrano infatti, per la prima volta per un farmaco antidiabetico, la possibilità di raggiungere obiettivi terapeutici personalizzati in termini di controllo glicemico nei pazienti anziani con diabete mellito di tipo 2.

L'INTERVAL è un trial di fase III, multicentrico, internazionale, randomizzato, in doppio cieco, controllato verso placebo, che ha coinvolto 278 pazienti presso 45 centri in 7 Paesi europei (Belgio, Bulgaria, Germania, Finlandia, Slovacchia, Spagna e Regno Unito). Il trial ha dimostrato che pazienti anziani (età media 75 anni) con diabete mellito di tipo 2 trattati con l'inibitore della DDP-4 vildagliptin (in aggiunta a una preesistente terapia antidiabetica) hanno ottenuto riduzioni clinicamente significative di HbA1c, con una bassa incidenza di eventi ipoglicemici (nessuno di grado severo), sovrapponibile al gruppo placebo, raggiungendo i target di controllo glicemico identificati dal protocollo di studio (sulla base di età, comorbidità, livelli basali di HbA1c e stato di fragilità) in percentuale significativamente maggiore rispetto ai soggetti trattati con placebo (53% vs. 27%, rispettivamente) e con una probabilità tre volte superiore di raggiungere tali target rispetto a quest'ultimi. Allo studio, della durata di 24 settimane, hanno partecipato pazienti diabetici di tipo 2 di età uguale o superiore a 70 anni, naïve al trattamento o non adeguatamente controllati (livelli di HbA1c al basale compresi tra 7 e 10%) con una preesistente terapia antidiabetica (costituita in circa la metà dei casi da metformina). "Gli studi condotti fino a questo momento erano finalizzati a raggiungere livelli di emoglobina glicata omogenei e uniformi per tutti i pazienti, per esempio un livello inferiore a 7,0%, mentre in questo studio condotto in pazienti anziani il livello di HbA1c da raggiungere viene individuato in base alle caratteristiche di ogni paziente", ha spiegato Giorgino. "È la prima volta che si dimostra come l'uso di un farmaco antidiabetico, ovvero vildagliptin, consenta di controllare la glicemia in maniera significativa in pazienti anziani e fragili, senza aumentare il rischio di crisi ipoglicemiche", ha spiegato **Angelo Avogaro**, Professore di Endocrinologia e Metabolismo, Università di Padova. "I farmaci tradizionali come le sulfaniluree espongono, infatti, a un rischio di ipoglicemia elevato e alle complicanze ad essa correlate. Per queste ragioni i trattamenti antidiabetici destinati a questa categoria di persone devono tenere conto dell'età e della loro fragilità, garantendo insieme all'efficacia un elevato profilo di tollerabilità".

Un'adeguata gestione clinica di un soggetto anziano con diabete di tipo 2 comporta la necessità di confrontarsi con una persona più vulnerabile che richiede modalità di approccio e di cura diversificate rispetto alla popolazione più giovane. Inoltre il paziente anziano quasi sempre presenta comorbidità

associate al diabete che rendono la gestione clinico-terapeutica molto complessa. “Le crisi ipoglicemiche influiscono in maniera significativa sulla qualità di vita di queste persone. Gli episodi ipoglicemici possono essere non solo percepiti negativamente, ma anche pericolosi per la salute”, ha ripreso poi Giorgino. “L’intervallo tra la soglia alla quale il soggetto anziano si accorge che la glicemia sia sta abbassando e il momento nel quale si verifica la disfunzione cognitiva è particolarmente ridotto e questo riduce la possibilità di intervenire per correggere l’ipoglicemia in atto. Non dimentichiamo, infatti, che l’episodio ipoglicemico provoca alterazioni cognitive che si manifestano attraverso perdita di attenzione, difficoltà nella ideazione e nei tempi di reazione. Quando tali episodi si moltiplicano il rischio è quello di avere danni permanenti al cervello, ed è stata anche suggerita una relazione tra gli episodi di ipoglicemia nel soggetto con diabete e il rischio di sviluppare malattia di Alzheimer. Per questo le attuali linee guida raccomandano, nell’anziano, di adottare target di controllo glicemico individualizzati in base a caratteristiche quali età, comorbidità e fragilità. Tuttavia, finora, non erano mai stati condotti studi con target glicemici personalizzati”.

stampa | chiudi

LE CURE

Incinta con tumore: «Madre non va sacrificata»

Settecento casi ogni anno in Italia

Esami, chirurgia e persino chemioterapia possono essere eseguiti in molti casi, senza danni per il bambino

NOTIZIE CORRELATE

Buone probabilità di diventare madri per le ex bambine operate di cancro

Quanto bisogna attendere per cercare una gravidanza dopo radio o chemioterapia?

Chemioterapia in gravidanza, nessun danno al bambino

Forum gli esperti rispondono

«Mia figlia deve nascere, io vengo dopo di lei». È la dichiarazione di una 26enne salernitana: ha scoperto di avere un tumore al cervello durante la gravidanza e ha deciso di rifiutare qualsiasi tipo di cura che avrebbe compromesso la nascita della bambina, mobilitando autorità sanitarie e politiche per trovare una soluzione. L'ultima notizia di cronaca risale a qualche settimana fa, ma la vicenda torna attuale ogni volta che un singolo caso viene portato all'attenzione dell'opinione pubblica. «Troppo spesso ancora la diagnosi di tumore in gravidanza prevede il "sacrificio" della madre o del feto - commenta Giorgia Mangili - responsabile dell'Oncologia Ginecologica all'ospedale San Raffaele di Milano -. A fronte delle nuove cure che abbiamo a disposizione e dei risultati di diversi studi sul tema "cancro in gravidanza" le cose sono cambiate. E questo concetto deve essere completamente cambiato. La domanda da porci oggi è invece: come posso curare la mamma senza danneggiare il futuro bambino?».

CANCRO IN GRAVIDANZA - I tumori diagnosticati in gravidanza sono eventi molto rari, accade circa a una gestante ogni mille. In tutto, in Italia, si parla di 600-700 nuovi casi all'anno: si tratta per lo più di tumori al seno (200-250 casi), alla tiroide (70), alla cervice uterina (60), melanomi cutanei (40) e linfomi di Hodking (30). Nel prossimo futuro gli esperti si attendono un possibile aumento dei casi, soprattutto per due ragioni: da un lato perché si prevede un aumento delle diagnosi di neoplasie al seno e alle pelle in età fertile, dall'altro perché continua a crescere l'età in cui le donne ricercano la gravidanza e dunque è più probabile, in persone meno giovani, che sia presente una neoplasia. «La presenza del cancro durante la gestazione resta però un evento veramente raro - sottolinea Mangili - e tutte le pazienti dovrebbero

essere indirizzate a centri adeguatamente preparati, dove ci siano equipe multidisciplinari in grado di programmare l'iter diagnostico e terapeutico sia materno che fetale. Devono essere presenti specialisti sia dell'ambito ostetrico-neonatologico che oncologico e psicologico, oltre a radiologi, anestesisti, patologi coordinati da chi è specializzato in materia. Come attualmente avviene nel nostro centro, dove abbiamo percorsi multidisciplinari con ambulatori dedicati alle donne a cui è stato diagnosticato un tumore in gravidanza».

DIAGNOSI TARDIVA - Come accade per tutti i malati di cancro, ai fini della prognosi è fondamentale individuare il tumore quando questo è piccolo e non ha ancora dato metastasi. Anche perché il trattamento delle neoplasie in fase iniziale necessita di terapie meno aggressive, fatto ancora più importante se c'è da tutelare la vita del feto. «Purtroppo invece nelle donne gravide la presenza di un tumore viene frequentemente scoperta in ritardo – sottolinea Francesco Raspagliesi, responsabile della Chirurgia Ginecologica all'Istituto Nazionale Tumori di Milano - perché i sintomi di esordio vengono sottovalutati e perché si crede che durante la gestazione non si possano effettuare esami diagnostici che “potrebbero far male al bambino”. Niente di più errato: molti esami, se eseguiti con cautela, possono essere fatti durante la gestazione. Ad esempio, per la comparsa di un nodulo sospetto al seno si può eseguire tutto l'iter dall'ecografia alla sua rimozione e valutazione istologica. Così come se si sospetta la presenza di tumore della cervice uterina si possono eseguire senza problemi Pap test, colposcopia e biopsia».

CHIRURGIA E CHEMIO - Non devono insomma essere rinviati tutti gli accertamenti a dopo la nascita del bimbo perché attendere fino alla fine della gravidanza favorisce il progredire della malattia fino agli stadi più avanzati e quindi riduce le possibilità di cura per la madre. «Dagli studi condotti, è ormai chiaro che la gravidanza di per sé non peggiora la prognosi materna se il tumore è adeguatamente diagnosticato e trattato – precisa Raspagliesi -. E' però indispensabile ricordarsi che abbiamo due pazienti con esigenze differenti e che debbono essere curati entrambi nella maniera più efficace. La stragrande maggioranza degli interventi chirurgici può essere effettuata in gestazione senza compromettere il benessere fetale. E negli ultimi anni si è dimostrato che dopo la fine del primo trimestre si può eseguire anche la chemioterapia, che va sospesa qualche settimana prima del parto». Alcuni farmaci chemioterapici sono chiaramente controindicati, ma altri possono essere somministrati con successo come hanno provato vari studi scientifici. Gli effetti collaterali? «I dati ad oggi disponibili – risponde Mangili - non hanno evidenziato danni nello sviluppo cerebrale e cardiaco dei bambini nati dopo chemioterapia, che paiono del tutto simili agli altri, ma è stato riportato un incremento di neonati di basso peso e di parti pretermine». In conclusione, se la mamma può essere curata e il bambino può nascere sano perché pensare di salvare uno o l'altro? «Non devono esistere madri che non si curano per salvare il bambino – ribadiscono gli esperti -. E sempre più dati indicano che nella maggior parte dei casi le gravidanze possono essere a termine o molto vicine al termine. Gli aborti terapeutici devono essere riservati solo a casi selezionati, quando davvero non c'è altra soluzione disponibile, valutandone il grande peso psicologico e aiutando le donne a superarlo».

stampa | chiudi

Lavoro

38

PANORAMA della SANITÀ • n° 41 • ottobre 2013

A Torino il XXXIV Congresso Nazionale della Società italiana di Farmacia Ospedaliera e dei servizi farmaceutici delle Aziende Sanitarie

I farmacisti ospedalieri a fianco dei cittadini per risparmiare e contrastare la crisi

La soluzione alla crisi delle risorse sanitarie passa anche dal farmacista degli Ospedali e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie. Questo il messaggio centrale del Congresso Nazionale della Sifo

«Sono orgogliosa del lavoro svolto in questi anni dalla Società Scientifica. Il tema del Congresso di quest'anno, Progettare insieme il futuro tra continuità e cambiamento - sanità, professioni e cittadini, è per tutti noi un impegno a produrre realmente risparmi e reinvestimenti in sanità attraverso il nostro lavoro e le nostre competenze professionali. La Sifo è promotrice di iniziative importanti e significative che hanno, tra gli altri obiettivi, quello di far risparmiare risorse in sanità che potranno essere reinvestite nelle strutture sanitarie in farmaci innovativi e dispositivi all'avanguardia perché le cure migliori arrivino a tutti. Basti pensare ai Progetti relativi all'introduzione del farmacista nei reparti, a quelli per il monitoraggio della distribuzione diretta, e a tutti i progetti di ricerca e di studio sull'appropriatezza e sulla sicurezza delle cure». È quanto ha affermato Laura Fabrizio Presidente della Società italiana di Farmacia Ospedaliera e dei servizi farma-

ceutici delle Aziende Sanitarie, Sifo al XXXIV Congresso Nazionale che si è svolto a Torino dal 17 al 20 ottobre scorsi. Contrastare la *crisi delle risorse sanitarie* si può ma c'è bisogno di metodo, appropriatezza e competenze. È su questi presupposti, è stato evidenziato in corso dei lavori, che i farmacisti ospedalieri offrono tutta la loro esperienza e preparazione permettendo al cittadino di ricevere le cure più innovative e "su misura". Il farmacista ospedaliero (Fo) esercita la professione nelle farmacie degli ospedali e nei servizi farmaceutici delle Aziende Sanitarie; la quasi totalità di questi sono Farmacisti Sifo, circa 3.000 in Italia e sono presenti in modo capillare sul territorio, operano nel Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) e si fanno ogni giorno "garanti" dell'assistenza farmaceutica ai cittadini. I farmacisti Sifo sono sempre attivi nel proporre e attivare soluzioni per contrastare la crisi e supportare l'ottimizzazione della spesa sanitaria. Il Congresso Nazionale della

Società Scientifica che è stata l'occasione di presentare i progetti da avviare oggi per una migliore sanità nel futuro: «Il Congresso di quest'anno ha portato con sé numerose novità» ha detto Francesco Cattel, Presidente del Congresso e Membro della Sifo «abbiamo provato a dare risposte ma senza tralasciare apertura e dibattito anche attraverso un evento nell'evento, Professionisti della Sanità a confronto, dove si sono incontrati per discutere sui temi di massimo interesse, i rappresentanti delle più importanti istituzioni/ società che rappresentano la sanità italiana: Farindustria, Aifa, Cittadinanzattiva, Assessorato alla Salute Regione Sicilia, Agenas e Aiom. Oltre a questa novità si è registrata la presenza di molti ospiti stranieri ed autorevoli nell'ambito di tutte le professioni e le rappresentanze. Per citare qualche nome per esempio, quello che è definito il padre della Farmacoeconomia Mike Drummond dell'Università di York o Sir Alfred Cuschieri di-

rettore dell'Istituto della Scienza e Medicina di Dundee. Inoltre sono state dedicate ben due sessioni sulla tematica cittadino in cui si è discusso di come attualmente sta progredendo la qualità percepita nel rapporto farmacista ospedaliero/paziente e quali i margini di miglioramento futuro per la professione in tale ambito. In ogni caso il Congresso rimane per noi il momento più importante per stabilire un momento di riflessione su come sta evolvendo il confronto con le altre professioni, per discutere dei temi più importanti della sanità del paese; e che vedono coinvolto in primo piano il farmacista, cercando di mettere in evidenza le caratteristiche più peculiari della nostra professione soprattutto in ambito della capacità di gestione delle risorse sanitarie».

«Il lavoro che svolgiamo quotidianamente accanto ai medici nell'individuazione e nella realizzazione di percorsi di diagnosi e cura basati sull'appropriatezza ci permette di far crescere la sostenibilità economica della spesa sanitaria e di rispondere a tutti quei fabbisogni che il cittadino-paziente quotidianamente sollecita» ha fatto il punto Piera Polidori, Direttore Scientifico Sifo, «come farmacista Sifo e Coordinatrice del Comitato Scientifico Sifo mi faccio da sempre pro-

motrice di progetti che prendano spunto, ad esempio, da esperienze internazionali d'eccellenza nella gestione del farmaco in modo che vengano introdotte come modelli clinico-gestionali efficienti ed appropriati, integrandole agli esempi concreti di "good practice" presenti in molte farmacie ospedaliere italiane. Lavoriamo in prima linea nell'implementare forme più moderne, sicure ed efficienti di produzione dei farmaci galenici, così come la nostra professionalità ci richiede, della distribuzione dei farmaci controllata fino al letto del paziente, attraverso nuove tecnologie, armadi informatizzati, robot e un uso diffuso dell'informatizzazione dei processi». Proprio di recente Sifo ha approvato 10 borse di studio per effettuare un'esperienza formativa in America e ha finanziato un bando di progetto per il Farmacista di Dipartimento orientato all'Antimicrobial Stewardship, per entrambi i progetti la richiesta di partecipazione dei soci è stata elevata. Ma la Sifo è anche informazione e co-

municazione. Quest'anno è stato lanciato il nuovissimo sito come strumento di "dialogo" e interscambio con il pubblico e le istituzioni.

L'informazione che cambia

«Attraverso il sito, da quest'anno completamente rinnovato, vogliamo ampliare il lavoro d'informazione sui farmaci e sulle tematiche di sanità pubblica verso: soci, farmacisti, medici ma anche pazienti e cittadini» ha dichiarato la Responsabile Comunicazione di Sifo, Simona Creazzola «È stato un lavoro lungo e di concerto, abbiamo fatto survey ed analisi per arrivare ad un portale che sia facilmente fruibile per tutti, ricco di contenuti e costantemente aggiornato. Un luogo di scambio d'informazioni, anche grazie ai forum tematici presenti e al



Lavoro

40

PANORAMA della SANITÀ • n° 41 • ottobre 2013



costante lavoro della redazione dedicata».

Selezionare i farmaci più utili

La professionalità del farmacista ospedaliero lo pone al centro di importanti dinamiche rispetto la spesa sanitaria, una di queste è la collaborazione con le autorità regolatorie regionali e locali, per la selezione e l'accesso ai farmaci più innovativi ed efficaci per il cittadino-paziente, dando così una risposta ai reali bisogni di salute con miglior rapporto costo-beneficio. Inoltre collaborano diretta-

mente con l'Aifa per l'implementazione dei registri (primo tra tutti quello oncologico) a garanzia dell'appropriatezza nell'uso dei farmaci anche grazie al

supporto fornito nella stesura dei percorsi diagnostici e terapeutici.

La distribuzione diretta

Come è possibile ottimizzare la spesa in sanità con risorse oggi così limitate? La Sifo lavora alla ricerca di soluzioni, tra cui quelle distributive che permettano non solo un risparmio sui farmaci ma un miglioramento dell'appropriatezza della loro messa a disposizione per il cittadino. La distribuzione dei farmaci più innovativi e ad alto costo direttamente in ospedale, infatti, rappresenta un risparmio rispetto alle forme distributive tradizionali. Questo tipo di distribuzione del farmaco è sostenuta anche dal supporto del farmacista ospedaliero che è in grado di fornire al paziente consigli sulla modalità migliore per assumere i farmaci a garanzia di appropriatezza e della sicurezza con la possibilità di un risparmio di quasi due euro a confezione



I calcoli sbagliati sul colesterolo degli esperti Usa

di ADRIANA BAZZI

Un'inspiegabile svista e una probabile marcia indietro sulle nuove direttive americane per ridurre il colesterolo nel sangue e prevenire così infarto e ictus (il «Corriere» ne ha parlato il 14 novembre). Due specialisti dell'Harvard Medical School di Boston, Paul Ridker e Nancy Cook, si sono accorti che il sistema di calcolo del **rischio cardiovascolare** è sbagliato e stima al rialzo le probabilità di andare incontro a malattia. Risultato: verrebbero trattati inutilmente moltissimi pazienti. La bomba scientifica è scoppiata a Dallas, dove una delle due potentissime associazioni cardiologiche americane, autrici delle nuove linee guida, l'American Heart Association (l'altra è l'American College of Cardiology) sta tenendo il suo congresso annuale. Membri di entrambe le organizzazioni cercano di giustificarsi: dicono che i loro calcoli sono basati su dati di una decina di anni fa e non tengono conto che intanto le persone sono più attente a salute e dieta, hanno smesso di fumare e controllano meglio la pressione (hanno cioè meno fattori di rischio «aggiuntivi» al colesterolo). E accusano gli specialisti di Boston di avere verificato il metodo su persone «troppo» sane. Il dibattito è acceso, ma siccome a «pensar male si fa peccato, ma qualche volta ci si indovina», non si può non proporre una riflessione e prendere in considerazione i conflitti di interesse. Allora: in queste nuove linee guida gli specialisti parlano solo di una categoria di farmaci, le statine (che sono ormai generici, cioè hanno perso il brevetto e quindi non sono costose). Nel frattempo, però, le industrie stanno sperimentando le loro molecole secondo i diktat delle nuove linee guida (i farmaci cioè non devono solo abbassare il colesterolo, ma prevenire gli incidenti cardiovascolari). Forse con la speranza che poi avranno un loro spazio? Sul colesterolo europei (e italiani)

si dimostrano un po' più saggi, adottando linee guida più flessibili, con una maggiore attenzione (almeno così pare) ai pazienti.



IL CASO

Niente ore dedicate alla sessualità. Il Bmj: importanti le risposte in classe Così cresce l'italica "mala educacion"

Educazione sessuale a scuola contro i pericoli della pornografia tra i teenager: anche sul *British Medical Journal*, in un recente report dal summit di esperti a Londra, si poneva come "obbligatorio per le scuole mettere in pratica azioni di supporto all'educazione alla salute nei ragazzini al fine di ridurre nei teenager l'utilizzo della pornografia con i conseguenti rischi". Gli esperti inglesi hanno sostenuto che "ragazzi e ragazze potrebbero essere attratti dalla pornografia se le domande sul sesso e le relazioni non venissero soddisfatte nelle aule scolastiche".

L'Italia in questo senso è la patria della "mala educacion", per dirla con il regista Almodovar: «È uno dei pochi paesi europei a non avere l'educazione sessuale come materia obbligatoria nelle scuole», ricorda spesso Emilio Arisi, presidente della Società medica della Contraccezione. Le iniziative di informazione avvengono per opera e impegno volontario di ginecologi (con la Sigo, e il suo sito ScegliTu) e insegnanti. Né può consolare il quinto posto (su dieci) in Europa a proposito di educazione sessuale sancito nell'indagine del "Barometro delle donne sulla contraccezione". Persino qui siamo

"lontani dai paesi virtuosi", dicono i ginecologi ospedalieri dell'Aogoi: in Italia la pillola viene usata dal 16,2% delle donne contro il 41,5% della Francia. E sempre l'Aogoi in un'indagine via web su 546 donne effettuata sulla contraccezione naturale (in collaborazione con Persona, strumento che identifica, tramite i livelli ormonali nell'urina, i giorni del ciclo in cui vi è più probabilità di rimanere incinta) ne scopre conoscenze e debolezze. Quasi il 68% conosce il ruolo del livello di ormoni che regolano il ciclo mestruale, e l'83% sa "che l'ovulazione avviene dopo circa 10 giorni dalla fine del ciclo", ma solo il 16,4% "che anche i due giorni che precedono questo avvenimento sono tra i più fertili".

Informazione ed educazione potrebbero svolgere un ruolo decisivo anche dal punto di vista psicologico: affettività, relazioni, disturbi, sintomi come insicurezza, paure, ansia. Su questo Regione Lazio, università e ospedale Sant'Andrea hanno realizzato un vademecum sull'ansia dell'adolescente e abbandono scolastico (a breve in www.ospedalesantandrea.it).

(m. pag.)