

<http://oggiscienza.it/2015>

Cordone ombelicale: il momento giusto per “chiuderlo”

Lo confermano sempre più dati: legare il cordone 2-3 minuti dopo la nascita ha una serie di effetti positivi, a breve e a lungo termine.

Publicati su 29 giugno 2015 da Valentina Murelli in GRAVIDANZA E DINTORNI // 1 Commento



GRAVIDANZA E DINTORNI – Per molto tempo, la norma in sala parto è stata chiara: il cordone ombelicale si “clampa” (cioè lo si lega per interrompere il flusso di sangue dalla placenta, un’operazione che precede il taglio) subito dopo la nascita. Questione di una manciata di secondi. Oggi, però, l’atteggiamento è cambiato. Sulla base di un numero crescente di studi, sempre più autorità sanitarie e associazioni scientifiche (dal Royal College of Obstetricians & Gynaecologists all’Organizzazione mondiale della sanità) suggeriscono di non avere troppa fretta: meglio aspettare 2-3 minuti per i bambini sani nati a termine e comunque non prima di quanto strettamente necessario per i prematuri o i bimbi nati in emergenza.

L’ultimo punto a favore del cosiddetto clampaggio tardivo viene da uno studio svedese che, per la prima volta, mostra l’assenza di rischi a lungo termine per questa pratica. Al contrario, la legatura tardiva del cordone sembra comportare benefici in termini di miglioramento delle **abilità motorie fini**, soprattutto nei maschi.

Già nel 2011, Ola Andersson e colleghi, dell’Università di Uppsala, avevano pubblicato un primo studio sul confronto a breve termine tra **clampaggio** precoce (entro 10 secondi dalla nascita) e tardivo (dopo 3 minuti) del cordone, esaminato in un gruppo di 400 bambini. Era emerso che, a 4 mesi di età, i piccoli che avevano subito il clampaggio tardivo mostravano livelli di **ferritina** (un indice delle riserve di ferro dell’organismo) più elevati e un rischio minore di anemia neonatale. I ricercatori, però, non si sono fermati qui e quando i bambini hanno compiuto 4 anni ne hanno ricontattato le famiglie, per valutare, attraverso test per i piccoli e questionari per i genitori, anche una serie di aspetti legati allo

sviluppo cognitivo e motorio. Indagini che hanno portato a due buone notizie.

La prima è che, in generale, non ci sono differenze tra i due gruppi di bambini per quanto riguarda lo **sviluppo cognitivo** e neurologico generale. In altre parole: la legatura tardiva del cordone non comporta rischi a lungo termine. La seconda è che, al contrario, la pratica può avere effetti positivi, soprattutto nei maschi: quelli ai quali il cordone era stato clampato più tardi, infatti, hanno mostrato punteggi più alti nei test di motricità fine (relativi ad abilità come manovrare le forbici, allacciare i bottoni, disegnare).

“Un risultato perfettamente sensato dal punto di vista scientifico” commenta il neonatologo Andrea Dotta, responsabile del reparto di Terapia intensiva neonatale dell’Ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma. “Il punto è che nel cordone ombelicale c’è ancora una buona quantità di sangue fetale. Se si aspetta qualche minuto a legarlo, le pulsazioni della placenta riescono a spingere questo sangue nel bambino, che così riceve circa 80-100 ml di sangue più”.

Un “bonus” che significa più globuli rossi, e dunque più ferro e sono proprio queste maggiori riserve di ferro acquisite alla nascita che potrebbero rendere conto delle migliori **performance neuromotorie** dei bimbi studiati da Andersson. Il ferro, infatti, è un elemento molto importante per lo sviluppo neurologico del bambino: “Se nei primi mesi di vita è carente, i bambini possono andare incontro a conseguenze importanti” spiega Dotta. Certo in Svezia, come in genere nei paesi ricchi e sviluppati, difficilmente oggi i bambini mostrano carenze significative.

E in effetti, lo studio di Andersson dice che la pratica del clamping tardivo è associata a miglioramenti molto lievi (a proposito: riguarda soprattutto i maschi perché nel primo anno di vita le femmine hanno di solito migliori riserve di ferro). Però un gesto semplice come aspettare qualche minuto prima di legare e recidere il cordone ombelicale potrebbe avere effetti importanti nei paesi in cui la carenza di ferro in epoca perinatale e l’anemia causata da carenza di ferro sono più rilevanti.

E non è tutto, perché in gioco non c’è solo la quantità di ferro. “Il clampaggio tardivo del cordone favorisce il passaggio dalla circolazione placentare del feto a quella polmonare del neonato, ormai fuori dall’utero” spiega Enrico Ferrazzi, direttore della clinica di ostetricia e ginecologia dell’Ospedale Buzzi di Milano e ordinario dell’Università di Milano. “In altre parole, ottimizza l’attività respiratoria e quella circolatoria del bambino, sia in caso di parto naturale sia, a maggior ragione, in caso di parto cesareo. Perché se con il primo, il bambino, attraverso il travaglio, ha avuto tempo per cominciare ad adattarsi alla vita extrauterina, con il secondo il passaggio è traumatico. In effetti, si è visto che le piccole complicanze respiratorie o cardiovascolari che possono essere associate al cesareo si riducono se si aspettano almeno 40-60 secondi prima di clampare”. E lo stesso vale per bimbi prematuri, che nascono (o vengono fatti nascere, per esempio per problemi nella crescita) prima del tempo.

A meno che non ci siano emergenze particolari, anche quando il piccolo pesa meno di 1 kg si possono aspettare 40-60 secondi, iniziando la procedura di assistenza respiratoria con il bimbo ancora attaccato alla placenta. “I dati a nostra disposizione dicono che questo riduce la richiesta di trasfusione di globuli rossi nei primi giorni di vita e il rischio di **emorragie cerebrali**” puntualizza Dotta.

L’unico “effetto collaterale” di un clampaggio ritardato del cordone è l’aumento del rischio di **diittero neonatale**. In forma lieve, però, e perfettamente gestibile con la fototerapia. Era questa possibilità, insieme all’idea che un taglio immediato del cordone riducesse il rischio di emorragia post parto per la mamma, a spingere verso l’intervento a pochi istanti dalla nascita. Ormai, però, vari studi hanno concluso che il rischio di emorragia materna non aumenta e che, per il neonato, la bilancia pende comunque a favore del taglio tardivo. Che tuttavia non è ancora diffuso quanto dovrebbe e potrebbe,

considerato che è una procedura a costo zero.

“Tutti i centri nascita più grandi e importanti ormai la praticano, ma sul territorio la situazione è a macchia di leopardo” afferma Dotta. Anche perché finora di indicazioni ufficiali in materia non ce ne sono. “Già ora la Sigo, Società italiana di ginecologia e ostetricia, raccomanda il calmpaggio tardivo” sottolinea Ferrazzi, che anche referente Sigo su questi temi. “Però siamo consapevoli che serve una posizione ufficiale. Per questo, la Sigo sta lavorando alla messa a punto di linee guida più stringenti”.

<http://salute24.ilssole24ore.com/>

Ambiente, meccanismi cellulari e cancro: gli effetti degli agenti chimici sulla cancerogenesi

di Chiara Mondello (Istituto di genetica molecolare del Cnr Pavia, Membro della task force Halifax Project)



Sono noti almeno 100 diversi tipi di cancro, che insieme costituiscono una delle principali cause di morte nella popolazione. Secondo il World Cancer Report pubblicato nel 2014 dalla World Health Organization, nel 2012 sono stati registrati circa 14 milioni di nuovi casi e 8,2 milioni di morti. È chiaro quindi quanto sia importante per la salute umana poter intervenire su questa patologia a tutti i livelli, dalla prevenzione all'individuazione di terapie sempre più efficaci.

La prevenzione ha come fine evitare, o almeno ridurre la probabilità, che il tumore si sviluppi. Due sono i campi principali su cui si può agire a questo scopo: adottare una dieta e uno stile di vita sani ed evitare l'esposizione a sostanze che possano causare la patologia.

Sebbene vi siano evidenze che dal 7 al 19% dei tumori sono causati dall'esposizione a specifiche sostanze ambientali, ancora poco si sa del possibile effetto sulla cancerogenesi dell'esposizione a singoli agenti chimici diffusamente presenti a basse dosi nell'ambiente, o a miscele di questi. Ogni giorno entriamo in contatto con moltissime sostanze (ad esempio, pesticidi, additivi alimentari, additivi cosmetici), che non sono definite come cancerogeni secondo i criteri stabiliti dalle agenzie per lo studio dei tumori ma potrebbero avere un ruolo nel loro sviluppo, da soli o in combinazione, interferendo con la funzionalità delle cellule. Questa è un'area di studio ancora poco sviluppata, la cui esplorazione può però essere di grande

importanza per la salute umana.

L'associazione non governativa “Getting to know cancer”

(www.gettingtoknowcancer.org), fondata nel 2011 da **Leroy Lowe** (Nova Scotia, Canada) e **Michael Gilbertson** (Ontario, Canada), per affrontare questa problematica ha lanciato il Progetto Halifax “Assessing the carcinogenic potential of low dose exposures to chemical mixtures in the environment”.

Sono stati selezionati 174 ricercatori di 28 paesi di tutto il mondo.

L'approccio messo a punto da Lowe e Gilbertson prevede l'integrazione tra le nuove conoscenze sui meccanismi cellulari coinvolti nella cancerogenesi e gli studi tossicologici ambientali.

Il cancro è una malattia genetica delle cellule somatiche, dovuta a cambiamenti nei geni che controllano la funzionalità cellulare. In questi ultimi anni, gli studi di base sui processi biologici hanno permesso di definire 10 alterazioni fondamentali nella fisiologia, a livello molecolare e cellulare, che dettano la crescita maligna e sono presenti nella maggior parte dei tumori. Le caratteristiche tipiche sono:

- Proliferazione incontrollata
- Insensibilità ai segnali che bloccano la proliferazione
- Resistenza all'apoptosi
- Immortalità
- Instabilità genomica
- Riprogrammazione del metabolismo cellulare
- Angiogenesi
- Capacità di invadere i tessuti circostanti e formare metastasi
- Inibizione delle difese immunitarie
- Infiammazione

Queste caratteristiche concorrono a sostenere la crescita dei tumori, favorendo la proliferazione delle cellule tumorali o impedendone la morte, come la resistenza all'apoptosi o al sistema immunitario. Permettono alle cellule neoplastiche di creare i loro stessi vasi sanguigni per ricevere il nutrimento e l'ossigeno (angiogenesi) e di costruire al meglio i “mattoni” che compongono le strutture cellulari, grazie a un metabolismo molto efficace. Portano inoltre le cellule tumorali a muoversi e formare metastasi in altri organi o a produrre infiammazione, che può contribuire allo sviluppo dei tumori favorendo la produzione di molecole pro-tumorigeniche. I ricercatori hanno inoltre preso in considerazione le cellule normali che circondano il tumore, il microambiente che si è visto essere in grado di influenzarne lo sviluppo.

I geni e i processi cellulari associati all'acquisizione di ciascuna di queste caratteristiche sono numerosi e complessi. I ricercatori del progetto Halifax,

suddivisi in 12 gruppi di lavoro, uno per ciascuna caratteristica e uno trasversale, hanno selezionato 85 agenti chimici diffusi nell'ambiente, non definiti come cancerogeni nell'uomo, e hanno rivisitato la letteratura scientifica per verificare un loro possibile effetto sui meccanismi coinvolti nello sviluppo di ciascuna di queste caratteristiche biologiche.

I risultati, pubblicati il 23 giugno scorso in una importante serie di rassegne raccolte in un numero speciale della rivista scientifica internazionale *Carcinogenesis* (http://carcin.oxfordjournals.org/content/36/Suppl_1), hanno dimostrato che 50 delle sostanze analizzate sono in grado di interferire con i meccanismi che portano al cancro, anche alle bassi dosi presenti nell'ambiente. Inoltre, è risultato che non solo più sostanze possono colpire uno stesso meccanismo, ma anche una stessa sostanza può colpire più meccanismi.

Tra le sostanze che possono colpire più bersagli vi sono: il bisfenolo a, un composto utilizzato per produrre la plastica; l'atrazina, un erbicida; il folpet, un fungicida usato in agricoltura; gli ftalati, composti usati in numerosi prodotti, dalla plastica ai cosmetici, e ampiamente diffusi nell'ambiente. Questi risultati non vogliono generare allarmismi su queste sostanze, che come già detto non sono cancerogene di per sé, ma permettono di sollevare l'ipotesi che diversi composti chimici potrebbero, da soli ma soprattutto in combinazione, esercitare un'azione pro-tumorigenica anche alle basi dose a cui si trovano nell'ambiente. Sarà quindi molto importante vagliare sperimentalmente quest'ipotesi, promuovendo nuove ricerche che studino l'effetto sulla carcinogenesi dell'esposizione, anche precoce, a composti e a miscele diffusi nell'ambiente. Sarà importante analizzarli a basse dosi e non solo alle elevate concentrazioni generalmente utilizzate per vagliare il rischio tossicologico. Le informazioni che si otterranno potranno essere utilizzate sia per rivisitare alcune delle leggi attualmente in vigore che regolano la diffusione di sostanze tossiche nell'ambiente, sia per adottare nuove strategie per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori.

Salute



Oncologia. L'Istituto Toscano Tumori a Pisa traccia il decimo bilancio annuale della sua attività. Venti presidi nella regione che si scambiano informazioni ed esperienza assicurano cure elevate a tutti. E minore mortalità

Quando è l'eccellenza ad andare dal paziente

GIUSEPPE DEL BELLO

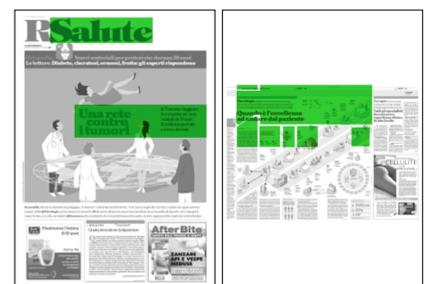
NEL centro-nord ha la più bassa mortalità per tutti i tumori, in assoluto per quello della mammella. Non è un caso se la Toscana è all'avanguardia in oncologia. E non è neppure un azzardo assegnarle il primato di regione che ha riunito ricerca, diagnosi e cura in un'unica rete strutturale. Col paziente che, di fatto, viene seguito nel proprio territorio. Evitando dispendiose e disagiate trasferte, pur con la garanzia della stessa qualità di cura di un centro di fama internazionale. Parliamo dell'"Ospedale in rete", la struttura reale (non virtuale!) chiamata Istituto Toscano Tumori (ITT): un progetto ambizioso lanciato dalla Regione Toscana nel 2005, che compie ora 10 anni e celebra al Cnr di Pisa sabato 3 luglio il decimo "summit" annuale in cui tutti gli operatori discutono i risultati ottenuti e si confrontano con esperti internazionali. E nei due giorni precedenti, simposio internazionale sul cancro.

Nella pagina a fianco, Gianni Amunni, direttore operativo dell'ITT ne spiega funzionamento ed obiettivi. Il successo dell'Istituto è certificato dai dati statistici, dall'importanza delle sue ricerche e da come ha valorizzato le professionalità dei suoi componenti. Lucio Luzzatto, quando nel 2005 è stato nominato direttore scientifico, aveva alle spalle una carriera di ricercatore in ematologia e in genetica: dall'Università di Ibadan in Nigeria, al vertice dell'Istituto di Genetica e Biofisica del Cnr di Napoli, all'Hammersmith Hospital di Londra, al dipartimento di Genetica umana al Memorial Sloan-Kettering di New York. E per selezionare il suo successore

un bando internazionale è dal 16 aprile su *Nature* e internazionale è la commissione valutatrice, procedura insolita per l'Italia.

Lo sviluppo contemporaneo della ricerca sui tumori nasce dalla teoria, premette Luzzatto, che la cellula normale diventa tumorale per una serie di eventi genetici ben precisi, le mutazioni del Dna: «Oggi questo è dimostrato. Pertanto, la biologia di ogni singolo tumore e infine la nostra capacità di controllarlo sono funzione specifica dell'insieme delle mutazioni in esso presenti». Per esempio, in un paziente con un tumore del polmone la diagnosi formale potrebbe essere adenocarcinoma polmonare, che ci dice anche il tipo istologico del tumore al polmone. «A livello molecolare, però, si possono avere mutazioni diverse in tumori dei vari pazienti. In questa ottica, identificando tutte le mutazioni causali avremo una diagnosi molecolare che completerà la diagnosi tradizionale. Per la leucemia lo si fa da anni, da poco anche per i tumori solidi».

Settore vincente dell'ITT è anche l'immunoterapia, cui si dedica Michele Maio a Siena, con un approccio innovativo di manipolazione del sistema di difesa. Le mutazioni, oltre a causare il cancro, inducono piccole differenze aggredibili dalle nostre difese: «Queste ricerche serviranno ad affilare terapie intelligenti, con farmaci attivanti il sistema immunitario. In più, sappiamo ora che nella genesi dei tumori



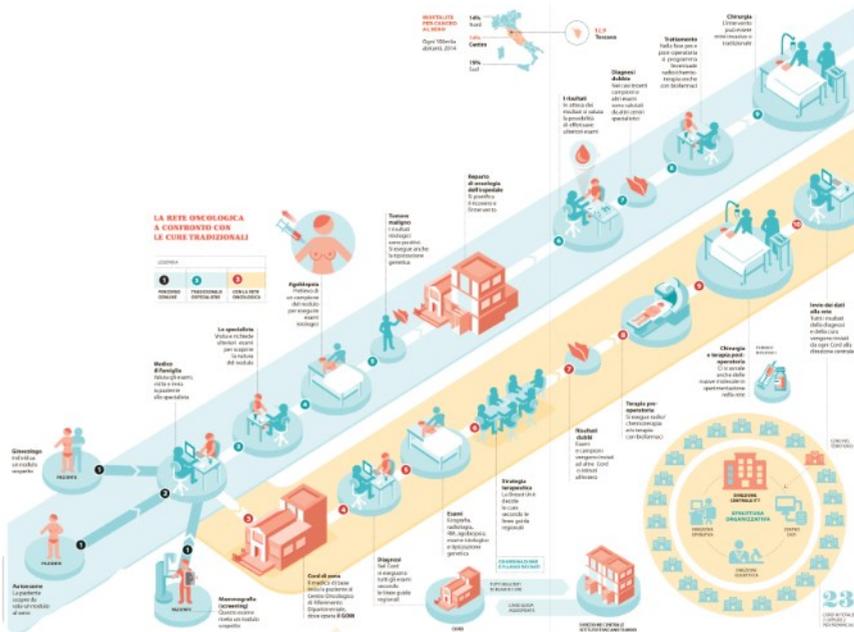
hanno un ruolo anche i microRna (Rna che hanno solo funzioni di regolazione), un settore che vede impegnata, tra altri, la ricercatrice Laura Polisen, approdata a Firenze dopo aver lavorato a New York ed a Boston nel laboratorio di Pierpaolo Pandolfi.

Nell'Istituto Toscano Tumori è attivo un nucleo di attività scientifica, il Core Research Laboratory. Luzzatto ha chiesto (e ottenuto) di potenziare la ricerca sul cancro con bandi per progetti di ricerca accessibili a tutti attraverso i gruppi di lavoro operanti in Toscana.

Unico del genere in Italia, il Laboratorio centralizzato per la Prevenzione oncologica dove si analizzano i 200mila esami di screening e di diagnostica precoce e dove confluiranno quando sarà a regime tutti gli esami dell'Hpv primario e i Pap-test della regione. Sul versante dell'innovazione tecnologica, l'Itt sta promuovendo il passaggio dal tradizionale Pap test al test Hpv (ancora in corso): il risultato è equivalente, ma è più efficace e può essere effettuato ogni cinque anni anziché tre. Gli ultimi dati sugli screening rivelano che la Toscana è in pole position con l'88% di diagnosi precoce di tumore rispetto all'83 rilevato nel resto d'Italia.

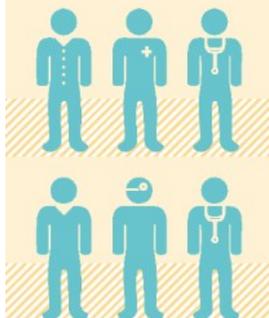
Il coordinamento dei tre programmi di screening offerti gratuitamente alla popolazione (seno, colon retto e cervice uterina) è affidato all'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (l'Ispo, appunto), che è tutt'uno con l'Itt. Nel 2013, l'adesione (il numero di persone che hanno risposto all'invito) per lo screening colon-rettale in Toscana è stata del 51 per cento, (il dato italiano è del 44%), quella cervicale del 56 per cento contro il 42, lo screening mammografico si è attestato al 73 rispetto al dato nazionale del 62. Adesione allo screening del cancro del collo dell'utero: Toscana 56%, Italia 42%.

©RIPRODUZIONE RISERVATA



GRUPPO ONCOLOGICO MULTIDISCIPLINARIO (GOM)

Breast Unit: radioterapista, psicologo, anatomopatologo, chirurgo, oncologo, radiologo



LISTA DI ATTESA PER ESAMI

Tempi medi in mesi in Italia, 2013



FONTE: RIELABORAZIONE DATI RSALUTE / CITTADINANZATTIVA, RAPPORTO PIT SALUTE 2014 / ITT

Dir. Resp.: Ezio Mauro

RSALUTE

Terapia. Nel cancro al seno

il radiologo deve aver letto 1.000 lastre,

il chirurgo eseguire 50 interventi l'anno

Tutti gli specialisti devono avere esperienza clinica di alto livello

Il confronto

con le linee guida

internazionali

«**T**UTTO in un'unica rete, articolata in venti accessi sparsi nelle 10 province della Toscana, vere e proprie "porte dell'accoglienza". Vicine alla casa del paziente che non deve più cercare lontano la cura migliore». È la sintesi cui si affida il direttore operativo dell'Istituto Toscano Tumori Gianni Amunni.

Gli accessi dove si trovano?

«Nei dipartimenti oncologici che sono in ogni ospedale. Di qui parte l'inquadramento del paziente che viene valutato dal Gom, il Gruppo oncologico multidisciplinare. Si tratta del team di specialisti: l'oncologo, il chirurgo, l'anatomopatologo, l'anestesista e gli specialisti che prendono in carico il paziente. Insieme studiano il caso clinico e decidono il protocollo di cura».

Come si decide la terapia?

«Sulla scorta di raccomandazioni cliniche condivise da tutti gli esperti della regione di una determinata patologia basate sull'esperienza clinica nostra ed internazionale».

L'obiettivo?

«Aggiungere alla qualità assistenziale, la omogeneità (cura migliore esistente a tutti). Di Empoli, Firenze o Grosseto, il paziente entra nel sistema, con la sicurezza di ricevere lo stesso trattamento. Ovunque si trovi».

I requisiti di ogni struttura oncologica?

«Parametri precisi, sia per qualità che per quantità di prestazioni effettuate. Per esempio, l'anno scorso abbiamo deliberato la costituzione delle

Breast-unit (centri per la diagnosi e il trattamento dei tumori della mammella) che, per esistere, devono "servire" una popolazione non inferiore a 250mila abitanti ed occuparsi di almeno 150 nuovi casi l'anno. Il chirurgo deve aver effettuato non meno di 50 interventi come primo operatore e il radiologo almeno 1000 esami. Lo abbiamo fatto per la mammella, la prostata e per i tumori infrequenti come quello del pancreas».

Come se si fosse nel grande istituto di una metropoli.

«Certo, perché i criteri professionali e il volume di casistica richiesti danno la garanzia di collocare il paziente nel posto più adeguato alla sua patologia. Lo abbiamo fatto per la mammella, la prostata e per i tumori infrequenti come quello del pancreas».

Mission, in sintesi, quale è quella dell'Itt?

«Insieme per capire, prevenire e curare il cancro. E poi la Toscana che mira a offrire a tutti i pazienti la cura migliore. La nostra filosofia è diversa da quella degli altri centri che curano al meglio solo chi si rivolge nella sua sede. Noi ci adoperiamo perché le strutture territoriali siano realmente all'altezza del compito».

(g. d. b.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lo studio

LA RUTA PER COMBATTERE
IL TUMORE AL CERVELLO

La Penna a pag.

La scoperta Il lavoro degli studiosi della Seconda Università è stato pubblicato da una prestigiosa rivista scientifica

«Una pianta vincerà il tumore al cervello»

Il rettore

«Un grande successo. Ma prima che cominci la sperimentazione passerà ancora qualche anno»

I ricercatori hanno isolato un estratto della "ruta" contro il glioblastoma

Marisa La Penna

Si chiama glioblastoma. È un tumore killer del cervello. Uno dei tumori cerebrali più aggressivi, di quelli che non perdonano. Un male terribile, che aggrava e uccide nell'arco di pochi mesi e che miete ogni anno migliaia di morti. Da oggi c'è una speranza per sconfiggerlo. Arriva da una pianta mediterranea che ammazza le cellule maligne.

La notizia viene resa nota dalla Sun. E rappresenta l'esito di uno studio condotto dai ricercatori della Seconda Università, i cui risultati sono stati pubblicati sulla rivista scientifica Plos One, tra le più autorevoli nel settore. Dalla ricerca, dunque, è emerso che l'estratto acquoso della pianta Ruta graveolens è capace di uccidere cellule di glioblastoma risparmiando però le cellule neuronali non proliferanti, spiega alla Sun

«Il glioblastoma multiforme - precisa Luca Colucci D'Amato, docente di Pa-

tologia generale del Dipartimento di Scienze e tecnologie ambientali biologiche della Sun - è un tumore cerebrale altamente aggressivo la cui prognosi è tuttora infausta». Secondo le statistiche, infatti, a oggi, nonostante la terapia chirurgica, la chemio e la radioterapia, solitamente una minima percentuale dei pazienti colpiti da glioblastoma - vale a dire poco meno del cinque per cento - riesce a sopravvivere. Mentre per gli altri la morte sopraggiunge in media entro circa quindici mesi dalla diagnosi. Lo studio pre-clinico ha mostrato come l'estratto acquoso ottenuto dalla pianta Ruta graveolens sia in grado di indurre la morte di cellule di glioblastoma coltivate in vitro. A differenza di farmaci usati nella chemioterapia del glioblastoma, inoltre, la stessa sostanza è risultata innocua quando somministrata su cellule neuronali non proliferanti e differenziate. L'estratto di ruta sembra, pertanto, «discriminare fra le cellule cancerose e le cellule normali, uccidendo le prime e risparmiando le seconde». La ricerca, coordinata da Luca Colucci D'Amato docente di Patologia generale della Sun, ha visto la partecipazione del laboratorio di Botanica della Sun, di Farmacologia dell'Università di Genova (Tullio Florio), di Floriana Volpicelli fisiologa della Federico II e di Marina Melone neurologa della Sun. La ricerca è stata finanziata dal Network per la salvaguardia delle risorse genetiche agro-alimentari «Agrigenet», dal Progetto Sicurezza sostenibilità e competitività nelle produzioni Agroalimentari delle

Campania «Carina» e dal Programma di Ricerca Scientifica di Rilevante In-

teresse Nazionale. «Le sostanze naturali - ha spiegato Claudia Ciniglia, docente di Botanica della Sun - rappresentano un'importante sorgente di nuove molecole con attività terapeutica in molte malattie incluso il cancro. In particolare, Ruta graveolens è una pianta molto diffusa in Italia, della famiglia delle Rutacee, cui appartengono anche gli agrumi e si sviluppa in prossimità dei litorali, nelle pianure e nelle fessure dei muri». Esperimenti sono in corso per definire i meccanismi molecolari dell'azione terapeutica della ruta. «Una scoperta importante, che apre grandi prospettive alla terapia per sconfiggere uno dei tumori più terribili che colpiscono il sistema nervoso centrale». Il rettore della Sun, Giuseppe Paolisso, è orgoglioso del lavoro dei suoi ricercatori. E ammette: «In ogni caso prima di pensare a un farmaco bisogna pensare alle notevoli fasi applicative che separano la scoperta di una sostanza dalla sua applicazione clinica come terapia. Bisogna capire che ciò che succede in vitro è replicabile sull'uomo in vivo. Per la sperimentazione, passerà comunque qualche anno».



INNOVAZIONE A WASHINGTON AGGIUDICATO UN «GLOBAL AWARD FOR EXCELLENCE IN CASE MANAGEMENT 2015»

Programma per bimbi con trapianto di rene La barese Openwork premiata negli Usa

Collaborazione tra l'azienda informatica e l'ospedale Bambino Gesù di Roma

● L'azienda barese Openwork e l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma si sono aggiudicati a Washington uno dei «Global Awards for Excellence in Case Management 2015» per la migliore soluzione tecnologica a supporto dei processi di gestione delle attività sanitarie e ospedaliere.

La soluzione ideata e realizzata da Openwork, capofila della rete d'impresie pugliesi del settore Information Technology Crikhet e implementata attraverso un progetto di ricerca che ha impegnato anche i ricercatori informatici dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, è volta a supportare la gestione delle attività legate alla fase di assistenza dei bambini sottoposti a trapianto di rene, consentendo di costruire un percorso assi-

stenziale integrato per questi pazienti che velocizzi e semplifichi il lavoro dei medici.

I bambini portatori di trapianto renale, infatti, seguono uno schema prefissato di controlli clinici che dura per tutta la vita e i dati generati nel corso dei controlli costituiscono la base per il monitoraggio del funzionamento dell'organo trapiantato, la prevenzione e il trattamento delle eventuali complicanze.

La soluzione tecnologica ideata integra le diverse informazioni provenienti dai numerosi attori (medici, infermieri, pazienti) coinvolti nella cura dei trapiantati, favorendo lo sviluppo di un processo di assistenza che rende più facilmente reperibili i dati sul percorso del paziente. Il software, inoltre, genera automaticamente una sequenza di richieste in accordo con il protocollo di sorveglianza previsto dai medici ed eventuali «alert» in caso di ritardi sui controlli previsti. Il sistema è flessibile e consente di gestire deviazioni dal protocollo che possono essere necessarie in caso di complicanze o patologie associate.

«Questo riconoscimento internazionale - dichiara **Salvatore Latronico**, Ceo di Openwork - è per noi motivo di orgoglio, ma soprattutto una conferma di voler crescere in ottica di "networking"; lo sviluppo e il sostegno di questo progetto, infatti, da parte della rete di impresie Crikhet di cui facciamo parte ci dimostra che solo facendo sistema si può fare vera innovazione. Il nostro intento è ora quello di sviluppare insieme al team dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma un prototipo applicativo estendibile ad altri contesti sanitari analoghi».



Nel giudizio di parifica 2014 redatto dalla Corte dei conti il punto sulla spesa e sulla tenuta del sistema

Bilancio in nero, servizi Ssn in rosso

I nodi: liste d'attesa, ticket, personale - Post Consulta, riparte la stagione dei contratti

Una situazione contabile «ancora in assestamento», ma «in sostanziale equilibrio». A costo dei grandi sacrifici che arrivano dai Piani di rientro e dai cittadini. Che tra imposte e spesa "out of pocket" contribuiscono sempre più all'avanzo complessivo del sistema. Sulla cui effettiva sostenibilità si nutre più di un dubbio: sul piano del funzionamento del sistema permangono infatti criticità che «risultano ancora alla

ricerca di soddisfacenti soluzioni». I nodi sono sempre gli stessi: liste d'attesa, medicina difensiva, impoverimento della popolazione che rinuncia a cure e prevenzione, erosione del personale, crisi della sanità privata.

Migliora la spesa, tremano i servizi del Ssn. Il punto nel giudizio di parifica del bilancio dello Stato presentato dalla Corte dei conti.

GOBBI A PAG. 2-3

CORTE DEI CONTI/ Il futuro del Ssn nel giudizio di parifica del bilancio statale 2014

Quanto ci costa l'equilibrio

Servizi sanitari e Lea in affanno a fronte di un «avanzo» da 770 milioni

Una situazione contabile «ancora in assestamento», ma «in sostanziale equilibrio». A costo, com'è noto, dei grandi sacrifici che arrivano dai Piani di rientro e dai cittadini. Che tra imposte e spesa out of pocket contribuiscono sempre più all'avanzo complessivo del sistema. Sulla cui effettiva sostenibilità, va detto, si nutre più di un dubbio: sul piano del funzionamento permangono infatti criticità che «risultano ancora alla ricerca di soddisfacenti soluzioni». I nodi sono sempre gli stessi: liste d'attesa, medicina difensiva, impoverimento della popolazione che rinuncia a cure e prevenzione, erosione del personale, crisi della sanità privata.

Nel giudizio di parifica del bilancio dello Stato 2014 la Corte dei conti - presidente **Raffaele Squitieri** - dedica un ampio capitolo alla sanità: il finanziamento per il Ssn nell'anno scorso è ammontato a 114,826 miliardi, con un aumento dell'1,3% sul 2013, che a fronte del volume generale della spesa di 114,057 mld, ha comportato un avanzo complessivo nazionale di settore pari a 770 milioni. «Risultato - rilevano i magistrati contabili - che conferma il trend positivo già registrato nei due anni precedenti (nel 2013 l'avanzo era stato pari a 0,468 mld e nel 2012 era pari a 583 mln)». E che «è a

tutto vantaggio delle Regioni e Province autonome». Alle imposte (Iva e Irpef) spetta decisamente la parte del leone: contribuiscono per l'81% al finanziamento del sistema sanitario, mentre «sempre largamente marginale resta, come di consueto, l'apporto dei ricavi e delle entrate proprie», che si attesta sui 3 mld (il 2,6% del totale).

Fin qui, i dati contabili di sintesi. Tanto basta per far affermare al procuratore generale **Martino Colella** nella sua requisitoria orale che «la spesa sanitaria nell'ultimo biennio e l'andamento della gestione finanziaria sono sostanzialmente migliorati».

Suona però forte - anche a fronte delle difficoltà di «realizzare pienamente il programma di spending review» - il richiamo a un «ripensamento del perimetro dell'intervento pubblico», lanciato dalla presidente di coordinamento delle sezioni unite, **Enrica Laterza**. Che avverte: «La ridotta natalità, il contemporaneo innalzamento dell'età media della popolazione e l'erosione dei livelli dell'occupazione creano una combinazione sfavorevole, peraltro più accentuata che nella maggior parte degli altri Paesi occidentali, che non può essere affrontata con i mezzi tradizionali delle politiche di bilancio, mentre richiederebbe una revisione coraggiosa». An-



Ricerca al palo e Terzo settore in stand by

drebbano quindi riorganizzate «alla radice le prestazioni e la modalità di fruizione dei servizi pubblici», prevedendo la «partecipazione dei cittadini alla copertura dei costi di alcuni servizi», che «richiederà in primo luogo una contestuale, rigorosa articolazione tariffaria che realizzi il precetto costituzionale della concorrenza alle spese pubbliche in ragione della diversa capacità contributiva».

Almeno per la parte sanitaria, le famiglie italiane stanno decisamente contribuendo da anni: se ogni cittadino nel 2014 è costato mediamente al Ssn 1.876 euro, a sua volta ha partecipato al suo finanziamento con 1.889 euro: una differenza di +13 euro, che nel 2008 era di +8 euro e nel 2012 di +10 euro, mentre nel «lontano» 2011 si attestava a -21 euro.

L'articolazione della spesa a livello regionale. Si conferma (v. tabella) il dato consolidato degli ultimi anni: a fronte di un aumento medio nazionale dell'1%, l'unica Regione che ha registrato una crescita della spesa maggiore è la Lombardia (+2,5%), che gestisce il più alto volume di assistenza sanitaria in termini finanziari, seguita da Lazio, Campania, Veneto, Emilia Romagna, Sicilia e Piemonte. In diminuzione decisa, stando ai dati provvisori, il Molise (-5,7%), la Valle d'Aosta (-4,3%), il Friuli V.G. (-2,8%), la Pa di Bolzano (-0,4%) e il Piemonte (-0,1%).

L'articolazione dei costi. La gestione delle risorse umane (v. tabella) con una percentuale pari al 30,7% (era il 31,3% nel 2013) per 34,8 mld è il secondo aggregato di spesa per incidenza sui costi sostenuti dal Ssn. In deciso aumento (+3,4%) il costo di B&S, che finora fa registrare un dato di consuntivo di 36,7 miliardi e che rappresenta la prima voce di maggior peso sul comparto. Prosegue l'effetto positivo delle manovre di contenimento della spesa farmaceutica, che nel 2014 ha assorbito 8,37 miliardi (-2,9% sul 2013). Un trend considerato positivo, ma dalla Corte sottolineano come sia assai probabile che fra gli altri, i migliori risultati

siano stati prodotti dai ticket. I quali «rappresentano la misura più impopolare, perché incide direttamente sugli assistiti specialmente più bisognosi». L'ospedalità accreditata (8,57 mld) conferma il trend stabile al 7,6%, mentre tra le altre voci va ricordato il «discreto aumento» (+1,4%) della specialistica convenzionata e accreditata e la lieve inversione di tendenza della medicina generale e convenzionata (+0,4% nel 2014).

Ministero promosso ma attenti alle cure all'estero. Modalità di spesa più efficienti, attento monitoraggio e controllo della qualità dei Lea, interventi per l'appropriatezza. Questi i meriti che la Corte riconosce al **ministero della Salute**, di cui ricorda anche «il ridisegno dell'organizzazione». Il più, però, va ancora fatto: attuazione del Pato salute, revisione dei Lea, ridisegno dei criteri di riparto delle risorse tra le Regioni, nuovi criteri di compartecipazione alla spesa e adeguamento delle esenzioni sono elementi importanti per dare nuove certezze al funzionamento del sistema. «Tutti elementi - è il commento dei magistrati - che dovranno trovare definizione nell'anno in corso».

C'è poi, ultimo ma non certo in ordine d'importanza, il problema delle spese di rimborso ai cittadini che vanno a curarsi all'estero. E che sono triplicate. Con buona pace dell'attuazione della direttiva sulle cure transfrontaliere, che a distanza di un anno dall'entrata in vigore è ben lungi dal produrre frutti. Gli stanziamenti della Salute, pari a circa 1,5 mld, sono aumentati del 2,1% e gli impegni, pari a 1,5%, del 3 per cento. I pagamenti sono a +8 per cento. «Un risultato - rilevano dalla Corte - da ricondurre alla forte crescita delle somme stanziare e pagate per i rimborsi di spesa per l'assistenza all'estero, cresciute da 81 mln nel 2013 a 261 mln nel 2014». In totale, 1,2 miliardi se ne sono andati per risarcire chi s'è curato altrove, mentre le entrate da pazienti stranieri si fermano a meno di 600 milioni.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I fondi per ricerca e sperimentazione nel 2014 sono leggermente aumentati rispetto all'anno precedente, attestandosi a 288,689 mln, di cui 269,960 di parte corrente e 18,728 in conto capitale. Ma in generale i nuovi progetti a gestione Miur restano al palo, nonostante il varo del nuovo Programma nazionale della ricerca (Pnr) e un significativo processo di semplificazione e incentivazione degli investimenti volto ad allineare i programmi nazionali alle politiche europee, cui è seguita una rilevante modifica delle regole nella concessione dei contributi. Resta, infatti, ancora problematico, secondo la Corte dei conti, «il sistema di finanziamento in relazione alla progressiva riduzione dei finanziamenti statali che, unita al ritardo nella ripartizione delle risorse, non ha consentito l'avvio di nuovi progetti, ma solo la gestione di progetti approvati negli anni precedenti, accentuando la difficoltà della gestione delle risorse in conto residui». Quanto alla gestione delle risorse Ue riconducibili al Pon (Programma operativo nazionale) Ricerca e competitività 2007-2013, la fase di programmazione è stata completata ma la percentuale di realizzazione è ferma al 59 per cento. Da parte del ministero del Lavoro e delle politiche sociali, l'amministrazione è stata impegnata sul fronte delle politiche di sostegno alle fasce più deboli.

Avviando, in attesa della costruzione di un nuovo modello di welfare, una «concreta gestione delle scarse risorse disponibili, dislocate in una pluralità di fondi il cui ammontare è stato reso certo - a regime - solo dalla legge di stabilità per il 2015 (Fondo nazionale per le politiche sociali, Fondo per l'infanzia e l'adolescenza e Fondo nazionale per le autosufficienze)».

Da segnalare il proseguimento del progetto Sia (Sostegno all'inclusione attiva), che ha riguardato 27mila persone in condizione di povertà, con attribuzione di un sussidio pari in media a 330 euro mensili. Sul versante del volontariato, è attualmente in discussione in Parlamento un disegno di legge di riforma del Terzo settore, con l'ambizioso obiettivo di rivedere, armonizzare e semplificare l'attuale stratificazione normativa e rendere maggiormente chiaro e lineare il perimetro regolatorio entro cui possono nascere e operare le organizzazioni senza fine di lucro». La Corte, dal canto suo, in sede di audizione parlamentare, ha manifestato osservazioni e raccomandazioni, «con particolare riferimento alla necessità di implementare il regime dei controlli sugli enti destinatari di benefici e sull'effettiva neutralità finanziaria della revisione delle agevolazioni fiscali».

Finanziamento del Ssn nel 2014 (importi in miliardi di euro)

Voci	2013			2014				
	Composizione %	+/- anno precedente %	Procapite euro	Composizione %	+/- anno precedente %	Procapite euro		
Finanziamento	113,313	100,4	-1,1	1.881	114,826	100,7	1,3	1.889
Finanziamento Ssn/PI		7,0			7,1			
- Regioni e PP.AA.	112,721	100,0	-1,0	1.871	114,194	100,0	1,3	1.879
Inq e addizionale Irpef	37,466	33,2	-6,1	622	35,575	31,2	-5,0	585
Fabbisogno ex D.Lvo 56/00 (Iva e Accise)	54,145	48,0	2,2	899	56,875	49,8	5,0	936
Riparto quota premiaria	0,430				1,924			
Ulteriori trasferimenti da pubblico e da privato	11,616	10,3	-4,6	193	11,169	9,8	-3,8	104
Ricavi e entrate proprie varie	3,170	2,8	-4,0	53	3,006	2,6	-5,2	49
Fini e quote vincolate a carico dello Stato	4,207	3,7	5,1	70	4,337	3,8	3,1	71
Costi capitalizzati	1,558				1,615			
Rettifiche e utilizzo fondi	0,129				(0,306)			
- Altri enti del Ssn	0,592		-8,5		0,633			6,9
Finanziati con quote vincolate a carico dello Stato								
- Avanzodisavanzo	0,468	-0,4	-19,6	8	0,770	-0,7	64,4	13
Disavanzo Ssn/PI		-0,0				-0,0		
Avanzodisavanzo a carico dello Stato								
Avanzodisavanzo a carico dello Stato con fondi appositi								
Avanzodisavanzo a carico delle Regioni	0,468				0,770			

Fonte: ministero della Salute

Spese del Ssn per l'anno 2014 (importi in miliardi di euro)

Voci	2013			2014				
	Composizione %	+/- anno precedente %	Procapite euro	Composizione %	+/- anno precedente %	Procapite euro		
Spesa	112,845	100,0	-1,0	1.873	114,097	100,0	1,07	1.876
PI e Spesa Ssn/PI	1.091,462	7,0	-0,4	26,720	1.616,254	7,1	0,4	26,591
- Regioni e PP.AA.	112,253	100,0	-0,9	1.864	113,424	100,0	1,0	1.866
Personale	35,092	31,3	-1,4	583	34,802	30,7	-0,8	573
Beni e altri servizi	35,542	31,7	-0,2	590	36,753	32,4	3,4	605
Medicina generale convenzionata	6,606	5,9	-0,6	110	6,631	5,8	0,4	109
Farmacologica convenzionata	8,616	7,7	-3,1	143	8,370	7,4	-2,9	138
Specialistica convenzionata e accreditata	4,679	4,2	-1,6	78	4,743	4,2	1,4	78
Ribaltazione accreditata	1,857	1,7	-1,4	31	1,829	1,6	-1,5	30
Integrativi e prestazioni convenzionata e accreditata	1,865	1,7	0,8	31	1,829	1,6	-2,0	30
Altra assistenza convenzionata e accreditata	7,100	6,3	4,4	118	7,350	6,5	3,5	121
Ospedalità accreditata	8,548	7,6	0,3	142	8,577	7,6	0,3	141
Saldo gestione straordinaria	-0,426				-0,143			
Saldo intramoenia	-0,209				-0,208			
Saldo svalutazioni/realizzazioni	0,142				0,070			
Saldo mobilità internazionale	0,105				0,09			
Mobilità verso B. Gasi	0,193			1,2	0,195			0,9
Mobilità verso Smon	0,039			7,9	0,040			1,1
Ammortamenti	2,504				2,500			
- Altri enti del Ssn	0,592		-8,5		0,633			6,9
Finanziati con quote vincolate a carico dello Stato								

Fonte: ministero della Salute

Spese per Regione nel 2014 a confronto con il 2013 (mnl di euro)

	2013			2014		
		+/- anno precedente %	Procapite euro		+/- anno precedente %	Procapite euro
Lombardia	18.772,316	0,8	1.899	19.240,403	2,5	1.929
Lazio	10.983,492	-2,0	1.922	10.979,834	-0,0	1.870
Campania	9.747,016	-1,3	1.675	9.907,892	1,7	1.688
Veneto	8.941,295	-0,5	1.823	9.039,569	1,1	1.835
E. Romagna	8.892,320	-2,2	2.016	8.892,365	0,0	2.000
Sicilia	8.717,78	0,0	1.727	8.842,576	1,4	1.736
Piemonte	8.351,004	-2,5	1.896	8.345,953	-0,1	1.881
Toscana	7.216,076	-2,4	1.939	7.367,593	2,1	1.964
Puglia	7.050,818	-0,0	1.732	7.179,739	1,8	1.755
Calabria	3.351,984	-1,7	1.702	3.379,273	0,8	1.706
Sardegna	3.247,460	-1,2	1.966	3.289,443	1,3	1.977
Liguria	3.193,058	-1,1	2.023	3.210,766	0,6	2.017
Marche	2.784,108	-1,3	1.797	2.806,765	0,8	1.807
Friuli V.G.	2.544,553	-1,7	2.076	2.473,421	-2,8	2.012
Abruzzo	2.365,370	-1,4	1.788	2.403,597	1,6	1.802
Umbria	1.685,350	-0,2	1.890	1.697,689	0,7	1.893
Pa Trentino	1.191,324	-0,5	2.234	1.196,437	0,4	2.231
Pa Bolzano	1.177,473	-0,2	2.297	1.172,781	-0,4	2.274
Basilicata	1.047,459	-1,2	1.814	1.057,717	1,0	1.829
Molise	704,896	4,7	2.245	664,375	-5,7	2.111
Valle d'Aosta	288,080	0,0	2.247	275,755	-4,3	2.144
Totale	112.252,632	-0,9	1.864	113.423,942	1,0	1.866

Quella governance del Ssn da ripensare

Rimotiviamo il management

DI GIOVANNI MONCHIERO *

Abbiamo visto che l'azienda sanitaria non gode di buona salute e sembra giunta, ormai, al culmine di una lunga fase di crisi. Segno più evidente dell'involuzione del concetto stesso di azienda è - come si diceva nella puntata precedente - l'assenza di criteri di finanziamento equi, predeterminati e volti a premiare l'efficienza. Ma non mancano altri settori in cui il potere politico è stato esercitato, sia a livello centrale che regionale, in modo da costruire, nei fatti, logiche di governo opposte a quelle implicite nell'aziendalizzazione.

Sull'onda dell'entusiasmo regionalista culminato nella raffazzonata riforma del Titolo V della Costituzione, si è assistito a un progressivo accentramento a livello di Giunte e assessorati regionali di molte decisioni che, normalmente, dovrebbero competere alla direzione aziendale. La voglia matta di limitare l'autonomia aziendale - non proclamabile e forse neppure confessabile - è stata spesso mascherata da operazioni di ingegneria istituzionale presentate all'opinione pubblica come terapie dolorose ma salvifiche. Fusioni di aziende e creazioni di strutture para-aziendali "intermedie" con compiti settoriali (acquisti, forniture di servizi, relazioni con Comuni e stakeholder) sono soluzioni sperimentate con varia fortuna ma, in ogni caso, a scapito della capacità di governo dell'azienda.

Gioverà, infatti, precisare che costituire, con reiterati accorpamenti, aziende sempre più grandi, non ancorate a realtà locali riconoscibili o a presidi ospedalieri "storici", comporta inevitabilmente una perdita di identità. Ebbene, in strutture pubbliche molto complesse, in cui operano centinaia di professionisti autorevoli e stimati, il senso di appartenenza è uno dei pochi elementi su cui può far leva il management aziendale. Per quanto concerne le aziende territoriali, l'invocata - e mai realizzata - integrazione ospedale-territorio presuppone un governo locale forte e riconosciuto, quale non potrà essere un distretto sperduto nell'oceano di una Asl galattica.

Aggiungerei un dato facilmente verificabile. In qualsiasi Regione, da nord a sud, da destra a sinistra, non accade mai che l'azienda più grande brilli in efficienza. Ma questa lezione della realtà è serenamente ignorata dai programmatori.

Dato alle Regioni quel che è delle Regioni, sarebbe ingiusto tralasciare i demeriti del governo centrale. Tra piani di rientro e spending review si è assistito alla progressiva contrazione delle risorse reali assegnate al sistema, accompagnata, per di più, da tagli lineari sui singoli fattori produttivi che, mentre erigevano l'iniquità a filosofia di sistema, hanno prodotto l'effetto collaterale - non imprevedibile anche se, si spera, indesiderato - di penalizzare le strutture più efficienti.

Ciliegina sulla torta, una norma di legge (Dlgs 118/2011) che, contraddicendo un secolare postulato della contabilità economica, sterilizza gli ammortamenti, condannando le aziende sanitarie a una "finanziaria" di fatto.

L'assenza di visione da parte di legislatori e programmatori emerge anche dalla confusione fra valutazione del manager e valutazione dell'azienda. Mentre a quest'ultima si sottraggono

spazi di autonomia fino a farne un ufficio periferico dell'assessorato regionale, si tende a responsabilizzare i manager e si affinano i criteri di selezione e di nomina. Nel Ddl di riforma della pubblica amministrazione attualmente all'esame della Camera, si istituisce l'elenco nazionale degli aspiranti all'incarico di direttore generale. Misura che ritengo assolutamente condivisibile e che la Fiaso ha auspicato per anni, ma che, da sola, non rappresenta una riforma.

Pongo, a tale proposito, qualche questione ineludibile: come si esercita l'autonomia del manager se non esiste quella dell'azienda? Come si governa un sistema complesso se i risultati della gestione non hanno alcuna ricaduta all'interno dell'azienda? Peggio, come si può perseguire l'efficienza quando da una gestione oculata derivano conseguenze dannose per l'azienda e per chi vi opera?

Non è il momento dei pannicelli caldi. Occorre ripensare l'intero impianto della governance del Ssn, in una riforma organica ispirata da una grande unità di visione. Lo stato dell'arte è tale da mettere in discussione l'aziendalizzazione stessa. Ma l'alternativa può essere il ritorno a logiche burocratiche? Il variegato mondo della Pa non offre, a oggi, modelli applicati che sappiano sposare efficienza e qualità dei servizi resi ai cittadini. Rimane, in vario modo, ancorata alla logica dell'adempimento formale e non vi trova posto la comparazione fra le risorse impiegate (non ultima il tempo!) e l'utilità dei compiti svolti. La riforma attualmente in discussione è, sotto questo aspetto, molto deludente. Frequenti ricorso al bastoncino (spicce sulla groppa dei dirigenti), poca carota, norme più stringenti, un profluvio di deleghe generiche, nessuna visione.

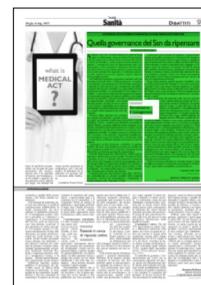
Demotivare i dirigenti e costringere tutto l'apparato in una logica di "controllo" non aiuta a migliorare l'efficienza del sistema. Occorre costruire regole di governo che producano efficienza e motivino ogni singolo ufficio a fare di più e meglio. L'esperienza della nostra sanità dovrebbe costituire il termine di paragone per tutto il settore pubblico. Per superare le difficoltà del presente non saprei suggerire altro che un rilancio del processo di aziendalizzazione, che corregga gli errori di questi anni e rinnovi la logica di governo del sistema in modo coerente dal centro alla periferia.

Nella convinzione profonda che l'azienda rimane il luogo più adatto a costruire le motivazioni per perseguire l'efficienza: per i gestori della cosa pubblica, un preciso dovere.

* *deputato Scelta civica*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quarta e ultima di 4 puntate
(le precedenti sui nn. 20, 21-22 e 24 del 2015)



TAGLI 2015

Intesa verso lo show down

Ultimo tentativo in Conferenza: sul piatto 2,35 miliardi

Il taglio da 2,35 miliardi per la Sanità fermo in Conferenza Stato-Regioni arriverà con ogni probabilità allo showdown il 2 luglio. Nei contenuti, il testo è sostanzialmente quello riveduto e corretto più volte nel braccio di ferro ministero-governatori. Al centro, la partita farmaci, con il mantenimento in

versione soft della misura più calda: il ripristino via payback in capo alle farmaceutiche dell'extratetto rispetto al Fondo da 500 mln inserito nella legge di Stabilità per i farmaci innovativi. In arrivo un DI "traghetto" o un emendamento al DI Enti locali.

A PAG. 4

Il 2 luglio probabile showdown per l'Intesa da 2,35 mld all'esame della Stato-Regioni

Tagli in un decreto-traghetto

Il testo in un DI ad hoc o come emendamento - Stress farmaceutica

Il taglio da 2,35 miliardi per la Sanità fermo in Conferenza Stato-Regioni arriverà con ogni probabilità allo showdown il 2 luglio. Nei contenuti, il testo dovrebbe essere sostanzialmente quello riveduto e corretto più volte nel braccio di ferro ministero-governatori. Al centro, la partita farmaci, con il mantenimento in versione soft della misura più calda: il ripristino via payback in capo alle farmaceutiche dell'extratetto rispetto al Fondo da 500 mln inserito nella legge di Stabilità per i farmaci innovativi. Ancora: salta la revisione del prontuario, mentre resta in campo la contrattazione dei prezzi tra Aifa e imprese.

Doppia l'opzione sulla via legislativa: secondo la prima e più probabile ipotesi il provvedimento potrebbe trovare posto in un decreto legge la cui urgenza sarebbe giustificata dalle misure straordinarie e tarate su Roma per il Giubileo e la gestione degli interventi sanitari - emergenza-urgenza in primis - che avrebbe il vantaggio di mandare subito a regime l'intervento sulla spesa (che arriva già con estremo ritardo a metà anno, mentre avrebbe dovuto essere operativo da gennaio), mentre i contenuti sarebbero poi travasati nel DI Enti locali; in base alla seconda ipotesi, la manovra diventerebbe subito un emendamento allo stesso DI Enti locali, ma in questo caso dovrebbe aspettare mesi per entrare in vigore.

In linea di massima, che si scelga l'una o l'altra via, il consenso sui tagli dovrebbe essere assodato: c'è a quanto pare l'assenso del **ministero della Salute** sui contenuti, ma soprattutto c'è la fretta di portare a casa un taglio che altrimenti andrebbe a pesare come una zavorra sui conti regionali. Con effetti ancor più deleteri di quelli paventati in questi mesi dai governatori contrari all'Intesa. Lo stesso Veneto, da sempre sull'Aventino, si asterebbe dal partecipare alla Conferenza Stato-Regioni che il 2 luglio darà il via libera all'Intesa.

Mentre anche i nuovi governatori - da Giovanni Toti per la Liguria a Michele Emiliano per la Puglia - non dovrebbero riservare sorprese. Con la benedizione del presidente Sergio Chiamparino, dimissionario sempre il 2 luglio «per esigenze di forma e di sostanza», come lui stesso aveva annunciato nei giorni scorsi, ma in via di riconferma.

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lunedì 29 GIUGNO 2015

Errori in sanità. Su 8 milioni di ricoveri ogni anno 320mila casi. Ma 2 su 3 sono evitabili

E' il dato emerso nel corso di un convegno organizzato dall'Associazione Salute e Società Onlus e dall'Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma con il Patrocinio della Regione Lazio. Negli ultimi 25 anni il numero di denunce a carico dei professionisti è cresciuto del 300% e in tutta Italia le cause pendenti sono 12.000, per richieste di risarcimento danni superiori a 2,5 miliardi di euro a cui si aggiungono circa 13 miliardi di spesa.

Entrano in ospedale con la paura di uscirne conciatosi peggio: un paziente su due teme di essere vittima di errori medici in clinica e lo spauracchio che più preoccupa è il sovraffollamento dei Pronto Soccorso, perché la maggioranza pensa che nel caos che spesso affligge i reparti di emergenza, sviste e dimenticanze possano essere più probabili. Timori purtroppo non del tutto infondati: stando ai dati discussi durante il convegno "Paziente sicuro in ospedale", organizzato dall'Associazione Salute e Società Onlus e dall'Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma con il Patrocinio della Regione Lazio, **sugli otto milioni di ricoveri che si verificano ogni anno in Italia si registrano 320.000 casi di danni o conseguenze più o meno gravi per il paziente provocati da errori in parte evitabili.**

In circa due casi su tre gli incidenti sono diretta conseguenza di problemi organizzativi, solo in un terzo dei casi c'è una negligenza o imperizia da parte del personale sanitario. Nonostante questo, negli ultimi 25 anni il numero di denunce a carico dei professionisti è cresciuto del 300% e in tutta Italia le cause pendenti sono 12.000, per richieste di risarcimento danni superiori a 2,5 miliardi di euro a cui si aggiungono circa 13 miliardi di spesa per il Servizio Sanitario Nazionale dovuti alla medicina difensiva. Per ridurre la probabilità di errori e restituire ai pazienti la fiducia negli ospedali, la Regione Lazio ha emanato per la prima volta nuove Linee Guida per la gestione del rischio clinico in ospedale: dallo scrivere in stampatello sulle cartelle cliniche all'uso di strumenti informatici per la registrazione di terapie ed esami, agli obiettivi concreti per i primari e i direttori generali, le soluzioni per ridurre i pericoli sono spesso semplici e alla portata di tutti.

“Le situazioni in cui si può commettere un errore in corsia sono molte, ma tutti gli studi svolti a oggi indicano che la maggioranza degli sbagli potrebbe essere evitata – spiega **Alessandro Boccanelli**, presidente dell'Associazione Salute e Società Onlus e co-presidente della Società Italiana di Cardiologia Geriatrica (SICGE) – L'84% degli errori viene commesso trascrivendola: il collega o l'infermiere non comprende la scrittura del medico che ha indicato la cura e questa viene modificata. La soluzione è banale: basterebbe scrivere sempre in stampatello sulle cartelle cliniche per prevenire moltissimi guai, visto che proprio gli errori di prescrizione sono responsabili in un caso su due degli “incidenti” durante i trattamenti, mentre gli errori di somministrazione sono il 26% e quelli di distribuzione il 14%. Si stima che ogni 100 ricoveri si verifichino circa 4 errori, ma solo un terzo è davvero colpa del medico: nella maggioranza dei casi i problemi derivano da un'organizzazione inadeguata, dall'uso di strumenti obsoleti, da incomprensioni banali sulla cartella clinica”.

Tutto questo ha conseguenze economiche pesanti: le denunce per lesioni dei pazienti vittime di errori ospedalieri sono in crescita esponenziale, con un valore medio dei sinistri di circa 40.000 euro e quasi la metà dei casi riconducibili ai reparti di chirurgia generale, ortopedia e Pronto Soccorso. “Purtroppo l'incremento delle denunce ha ripercussioni consistenti sull'attività dei medici – osserva Boccanelli – Il 92% ritiene che l'impatto delle norme che regolano la responsabilità medico-legale sul normale

svolgimento del rapporto medico/paziente sia molto forte, l'86% considera il rischio di subire una denuncia come uno dei fattori di maggiore preoccupazione professionale, l'83% teme di perdere il proprio patrimonio e il 77% la propria reputazione. Con queste premesse il lavoro non può essere sereno e ciò non può che far aumentare il rischio di incidenti”.

Ecco perché la Regione Lazio, dove la maggioranza degli ospedali, fra cui ad esempio il San Camillo e il San Giovanni, si trova nella fascia di rischio più alta per la complessità delle procedure che vi vengono eseguite, ha deciso di mettere a punto **Linee Guida per il contenimento del rischio clinico**.

L'obiettivo non è colpevolizzare i medici, ma svolgere una funzione di prevenzione in cui si impari dagli errori e si offrano soluzioni, identificando le circostanze più a rischio e proponendo percorsi che riducano i pericoli in maniera semplice ed efficace. Per evitare gli errori spesso bastano piccoli accorgimenti come una checklist o anche la sola consapevolezza da parte dei medici delle circostanze in cui è più importante non abbassare la guardia.

“Un esempio sono le infezioni ospedaliere, fra le evenienze che più spesso mettono a rischio i ricoverati per colpa di errori evitabili: circa il 5 % dei pazienti contrae un'infezione in ospedale, soprattutto a livello delle vie urinarie o della ferita chirurgica, e si stimano circa 450.000 casi ogni anno- commenta **Stefano Pompili**, Direttore Sanitario dell'Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma- Due su tre sono praticamente inevitabili perché connesse alla malattia del paziente, a difese immunitarie compromesse e a proliferazione di microrganismi resistenti agli antibiotici. Ma circa un terzo potrebbe essere evitato: significa che 135.000 infezioni potrebbero essere risparmiate semplicemente migliorando l'organizzazione dei nostri ospedali” conclude Pompili.

Durante il convegno, a cui erano presenti clinici, avvocati, magistrati, direttori sanitari, medici legali e risk manager ma anche rappresentanti dei cittadini, infermieri, sociologi e psicologi, sono state discusse ulteriori proposte per rendere più sicura la permanenza dei pazienti in ospedale, con un occhio di riguardo per i diritti del cittadino. “Il paziente deve essere costantemente informato, deve poter accedere alla propria documentazione sanitaria e va messo al centro del sistema – dice Boccanelli – Nel momento in cui il cittadino diventa paziente stipula di fatto un contratto che va rispettato da entrambe le parti, sia con il medico che con la struttura: deve essere stabilito un buon rapporto medico paziente, l'atteggiamento deve essere amichevole e di accoglienza. Soprattutto, occorre sempre partire dalle esigenze di cura del malato e verificare a ogni passo che a queste venga data la risposta adeguata”.

<http://www.adnkronos.com/salute/sanita/>

Pauro ricovero per 1 italiano su 2, oltre 300mila gli errori evitabili ogni anno

Devono andare in ospedale per farsi curare, ma varcano la soglia con la paura di uscirne concitati peggio: un paziente su due teme di essere vittima di errori medici in clinica e lo spauracchio che più preoccupa è il sovraffollamento dei pronto soccorso, perché la maggioranza pensa che nel caos che spesso affligge i reparti di emergenza, sviste e dimenticanze possano essere più probabili. Timori purtroppo non del tutto infondati: stando ai dati discussi durante il convegno 'Paziente sicuro in ospedale', organizzato dall'Associazione Salute e Società Onlus e dall'Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma con il patrocinio della Regione Lazio, sugli otto milioni di ricoveri che si verificano ogni anno in Italia si registrano 320.000 casi di danni o conseguenze più o meno gravi per il paziente provocati da errori in parte evitabili.

In circa due casi su tre gli incidenti sono diretta conseguenza di problemi organizzativi, solo in un terzo dei casi c'è una negligenza o imperizia da parte del personale sanitario. Nonostante questo, negli ultimi 25 anni il numero di denunce a carico dei professionisti è cresciuto del 300% e in tutta Italia le cause pendenti sono 12.000, per richieste di risarcimento danni superiori a 2,5 miliardi di euro a cui si aggiungono circa 13 miliardi di spesa per il Servizio sanitario nazionale dovuti alla medicina difensiva. Per ridurre la probabilità di errori e restituire ai pazienti la fiducia negli ospedali, la Regione Lazio ha emanato per la prima volta nuove linee guida per la gestione del rischio clinico in ospedale: dallo scrivere in stampatello sulle cartelle cliniche all'uso di strumenti informatici per la registrazione di terapie ed esami, agli obiettivi concreti per i primari e i direttori generali, le soluzioni per ridurre i pericoli sono spesso semplici e alla portata di tutti.

“Le situazioni in cui si può commettere un errore in corsia sono molte, ma tutti gli studi svolti a oggi indicano che la maggioranza degli sbagli potrebbe essere evitata – spiega Alessandro Boccanelli, presidente dell'Associazione Salute e Società Onlus e co-presidente della Società Italiana di Cardiologia Geriatrica (SICGE) – L'84% degli errori viene commesso trascrivendola: il collega o l'infermiere non comprende la scrittura del medico che ha indicato la cura e questa viene modificata. La soluzione è banale: basterebbe scrivere sempre in stampatello sulle cartelle cliniche per prevenire moltissimi guai, visto che proprio gli errori di prescrizione sono responsabili in un caso su due degli “incidenti” durante i trattamenti, mentre gli errori di somministrazione sono il 26% e quelli di distribuzione il 14%. Si stima che ogni 100 ricoveri si

verifichino circa 4 errori, ma solo un terzo è davvero colpa del medico: nella maggioranza dei casi i problemi derivano da un'organizzazione inadeguata, dall'uso di strumenti obsoleti, da incomprensioni banali sulla cartella clinica”.

Tutto questo ha conseguenze economiche pesanti: le denunce per lesioni dei pazienti vittime di errori ospedalieri sono in crescita esponenziale, con un valore medio dei sinistri di circa 40.000 euro e quasi la metà dei casi riconducibili ai reparti di chirurgia generale, ortopedia e pronto soccorso. “Purtroppo l'incremento delle denunce ha ripercussioni consistenti sull'attività dei medici – osserva Boccanelli – Il 92% ritiene che l'impatto delle norme che regolano la responsabilità medico-legale sul normale svolgimento del rapporto medico/paziente sia molto forte, l'86% considera il rischio di subire una denuncia come uno dei fattori di maggiore preoccupazione professionale, l'83% teme di perdere il proprio patrimonio e il 77% la propria reputazione. Con queste premesse il lavoro non può essere sereno e ciò non può che far aumentare il rischio di incidenti”.

Ecco perché la Regione Lazio, dove la maggioranza degli ospedali, fra cui ad esempio il San Camillo e il San Giovanni, si trova nella fascia di rischio più alta per la complessità delle procedure che vi vengono eseguite, ha deciso di mettere a punto linee guida per il contenimento del rischio clinico. L'obiettivo non è colpevolizzare i medici, ma svolgere una funzione di prevenzione in cui si impari dagli errori e si offrano soluzioni, identificando le circostanze più a rischio e proponendo percorsi che riducano i pericoli in maniera semplice ed efficace. Per evitare gli errori spesso bastano piccoli accorgimenti come una checklist o anche la sola consapevolezza da parte dei medici delle circostanze in cui è più importante non abbassare la guardia.

“Un esempio sono le infezioni ospedaliere, fra le evenienze che più spesso mettono a rischio i ricoverati per colpa di errori evitabili: circa il 5 % dei pazienti contrae un'infezione in ospedale, soprattutto a livello delle vie urinarie o della ferita chirurgica, e si stimano circa 450.000 casi ogni anno- commenta Stefano Pompili, Direttore Sanitario dell'Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma- Due su tre sono praticamente inevitabili perché connesse alla malattia del paziente, a difese immunitarie compromesse e a proliferazione di microrganismi resistenti agli antibiotici. Ma circa un terzo potrebbe essere evitato: significa che 135.000 infezioni potrebbero essere risparmiate semplicemente migliorando l'organizzazione dei nostri ospedali” conclude Pompili.

Durante il convegno, a cui erano presenti clinici, avvocati, magistrati, direttori sanitari, medici legali e risk manager ma anche rappresentanti dei cittadini, infermieri, sociologi e psicologi, sono state discusse ulteriori proposte per rendere più sicura la permanenza dei pazienti in ospedale, con un occhio di riguardo per i diritti del cittadino. “Il paziente deve essere costantemente informato, deve poter accedere alla propria documentazione sanitaria e va messo al centro del sistema – dice Boccanelli – Nel momento in cui il cittadino diventa paziente stipula di fatto un contratto che va rispettato da entrambe le parti, sia con il medico che con la struttura: deve essere stabilito un buon rapporto medico paziente, l'atteggiamento deve essere amichevole e di accoglienza. Soprattutto, occorre sempre partire dalle esigenze di cura del

malato e verificare a ogni passo che a queste venga data la risposta adeguata”.

SOSTENIBILITÀ

La prevenzione che vince

Il Libro bianco del Ceis per le scelte di programmazione

Il Ceis di Tor Vergata ha presentato un modello di micro-simulazione della spesa sanitaria futura. I risultati sono stati raccolti in un Libro

bianco diretto all'attenzione, in particolare, di chi è chiamato a scegliere le politiche sanitarie di oggi per domani.

A PAG. 6-7

CEIS/ Il modello di microsimulazione della domanda a sostegno della programmazione

Prevenzione fa sostenibilità

Disabilità e obesità i banchi di prova - Risparmi per 200 mld in 45 anni

È la prevenzione il grimaldello per uscire dall'impasse crisi-cronicità-aumento della spesa. E non lo dicono le "solite" società scientifiche che con i loro decaloghi indicano la rotta della buona salute: questa volta l'indicazione arriva da un modello di micro-simulazione della domanda sanitaria in Europa (Italia e altri 12 Paesi) messo a punto al termine di un biennio da un gruppo di lavoro internazionale, basato su strumenti statistici ed econometrici, messo a punto dal Ceis-Tor Vergata, in collaborazione con l'Ocse e sviluppato col sostegno di Abbvie (si veda box). Riuscire a prevedere l'evoluzione della spesa sanitaria nei prossimi decenni è infatti una delle sfide cruciali individuate dall'Ocse, che suggerisce ai Governi l'adozione di modelli avanzati di previsione.

Non autosufficienza e obesità sono i due grandi temi considerati. Non a caso: l'invecchiamento della popolazione - che vive più a lungo ma anche in condizioni peggiori - e il sovrappeso diventato ormai un'epidemia in tutti i Paesi ricchi sono banchi di prova per testare la sostenibilità dei sistemi sanitari. In mancanza di interventi adeguati, le prospettive non sono certo rosee: nel 2050 il 37% degli europei avrà più di 60 anni; e contemporaneamente le malattie croniche peseranno per oltre l'80% sulla spesa sanitaria.

Causando 9 decessi su dieci. Mentre obesità e sovrappeso nella stragrande maggioranza dei Paesi Ue interesseranno oltre la metà della popolazione. Con ricadute drammatiche sul fronte delle malattie correlate, tra cui i "big killer" ictus e patologie cardiovascolari, ipertensione, diabete e malattie respiratorie come la Bpco.

A questa bomba che già abbiamo tra le mani senza saperla disinnescare, occorre dare risposte ragionate, dettate dall'analisi del bisogno di cura, senza perdere di vista l'obiettivo della tenuta dei conti. Di più: questa strategia, secondo gli esperti dello Steering Group che ha elaborato le stime, produrrà oltre a una salute migliore anche risparmi stellari. Curare l'obesità farà risparmiare in Europa oltre 200 miliardi di euro (per la precisione sono 227 mld) in 45 anni, grazie alle minori spese per diabete, ipertensione, ictus e cuore. Già solo intervenire sugli stili di vita porterebbe a un risparmio di 150 miliardi (sempre in 45 anni) in 13 Paesi.

L'Italia, dove la natalità è zero e l'invecchiamento galoppa, ne avrebbe molto da guadagnare. Una cura efficace dell'obesità ci farebbe risparmiare in soli 10 anni oltre 4 miliardi, che supererebbero i 26 mld nel 2037 per raggiungere il traguardo di 36 miliardi nel 2047. L'ultimo anno considerato dal modello di micro-simulazione, che parte da coorti di popolazione target esaminate a partire



Tre linee d'azione per uscire dall'emergenza

dal 2007. La novità del modello proposto è non calare dall'alto una ricetta rigida buona per tutte le età, ma cimentarsi con analisi che tengano conto dell'evoluzione dell'esistenza delle persone, incluso l'impegno lavorativo, l'insorgere di una o più cronicità, il genere e il contesto di vita.

Ma per ottenere questi benefici - è il monito - bisogna agire subito: interventi tardivi su coorti di età troppo avanzate, soprattutto per alcune patologie come il diabete, rischiano di essere decisamente meno efficaci. Per questo il "modello" sottolinea l'importanza di un cambio di passo nella governance della salute in tutti i Paesi. Stringere la cinghia in tempi di crisi non basta più. Anzi, ha dimostrato di essere controproducente, con ricadute pessime sulla salute dei cittadini e in prospettiva con effetti boomerang sui conti pubblici. La ricetta è dunque incidere attivamente sulla domanda e non più soltanto sull'offerta di cure e servizi, come per comodità si è fatto fino a oggi anche in Italia. È la domanda che va reindirizzata promuovendo anche l'empowerment dei cittadini. Obiettivo impossibile se l'opinione pubblica non è adeguatamente informata e coinvolta. E anche qui c'è molto da lavorare.

Ma qualsiasi intervento sarà impraticabile senza dati ampi, documentati e aggiornati alla mano. Questo è il gap che tutti i Paesi sono chiamati a superare. L'Italia in questo senso ha una marcia in più: «È letteralmente seduta su un patrimonio informativo come pochi al mondo», si legge nel report. Siamo stati infatti tra i pochi a legare ogni informazione personale a un unico codice identificativo - quello fiscale - che è in possesso di tutti i cittadini. Un vantaggio che andrebbe sfruttato fin da subito per impostare interventi concreti sulle popolazioni a rischio.

Barbara Gobbi
Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La crescente prevalenza delle malattie croniche, una popolazione sempre più anziana che richiede maggiori cure, il preoccupante aumento dell'obesità: tutti fattori che determinano una forte pressione sulla spesa per la salute nei Paesi europei. Ecco perché una delle sfide più impegnative per i governi del Vecchio Continente è di garantire la sostenibilità economica nel medio periodo dei sistemi sanitari nazionali.

Nella convinzione che questa sfida si possa vincere solo attraverso un nuovo approccio, l'azienda biofarmaceutica AbbVie ha avviato nel 2013 un'ampia iniziativa europea con l'obiettivo di realizzare esperienze innovative a livello nazionale che potessero contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario. Nel 2014 l'iniziativa è proseguita con la costituzione dell'European Steering Group (Esg) on Sustainable Healthcare, gruppo di esperti di diversi settori promosso da AbbVie per avviare uno scambio di idee e proposte concrete in tema di sostenibilità sanitaria tra mondo accademico, istituzioni, operatori sanitari, industria e pazienti. Dopo un anno di lavoro, sulla base di oltre 30 progetti pilota realizzati in 24 Paesi, l'Esg ha raccolto dati ed evidenze e ha formulato 18 raccomandazioni rivolte alle istituzioni, nazionali ed europee, confluite nel Libro bianco europeo "Acting Together - Roadmap for Sustainable Healthcare". Tre le linee d'azione indicate nel documento per realizzare una sanità sostenibile: investire in prevenzione e intervento precoce; accrescere l'empowerment e la responsabilizzazione dei cittadini; riorganizzare l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Spiega **Fabrizio Greco**, amministratore delegato di AbbVie Italia: «Il nostro approccio pone il paziente al centro. Per questo l'impegno di AbbVie va oltre il farmaco, è rivolto all'intero percorso del paziente e a ricercare soluzioni sostenibili. Di qui nasce l'iniziativa europea promossa da AbbVie, che si è caratterizzata da subito per il metodo operativo diretto all'individuazione di azioni concrete, da realizzare attraverso solide partnership con i diversi attori del sistema salute. Abbiamo

coinvolto oltre 20 Paesi nella realizzazione di esperienze pilota che potessero costituire best practice su cui confrontarsi e da diffondere a un livello più ampio. Invece di realizzare un emesimo Think Tank abbiamo voluto dar vita a un Do Tank e mettere in atto azioni condivise».

Fanno parte dell'European Steering Group due esperti italiani: il prof. Walter Ricciardi dell'Università Cattolica del S. Cuore di Roma, che è anche il relatore del Libro bianco europeo, e il prof. Vincenzo Atella del Ceis di Tor Vergata, che conduce l'iniziativa italiana per lo sviluppo di un modello di micro-simulazione della domanda sanitaria, nato da un progetto in ambito Oece.

Chiarisce ancora Greco: «L'Oece ha messo in luce come ai fini della sostenibilità del sistema sanitario sia fondamentale poter disporre di modelli di previsione. In quest'ottica AbbVie Italia ha offerto il proprio sostegno allo sviluppo del modello di micro-simulazione della domanda di assistenza sanitaria in Europa (Italia e altri 12 Paesi) messo a punto dal Ceis dell'Università Tor Vergata, in collaborazione con Oece».

In Italia, uno dei fattori che vanno a pesare sulla spesa per la salute è l'invecchiamento della popolazione, che pone il nostro Paese al primo posto in Europa e al secondo nel mondo. Peraltro, segnali di preoccupazione sulla tenuta del sistema e sulle difficoltà di accesso alle cure sono emerse di recente anche da parte dei cittadini, come evidenziato nelle ultime indagini Istat e Censis. Conclude Greco: «Ci auguriamo che il modello di micro-simulazione della domanda di salute possa trovare una concreta applicazione. Il modello può consentire la valutazione degli effetti prodotti dall'adozione delle diverse scelte di politica sanitaria in termini di salute e impatti economici e si propone quindi come strumento utile ai decisori per operare scelte informate. In tal modo intendiamo contribuire ad avviare un percorso sulla via della sostenibilità. Un obiettivo possibile solo attraverso una forte azione comune e un impegno condiviso tra gli attori del sistema salute».

E-FEM: un modello di micro-simulazione per la spesa sanitaria in Europa

Il modello simula l'evoluzione dello stato di salute e delle spese sanitarie per gli individui con 50 anni o più, nei seguenti Paesi europei: Austria, Germania, Svezia, Olanda, Spagna, Italia, Francia, Danimarca, Grecia, Svizzera, Belgio, Repubblica Ceca, Polonia.

Risultati

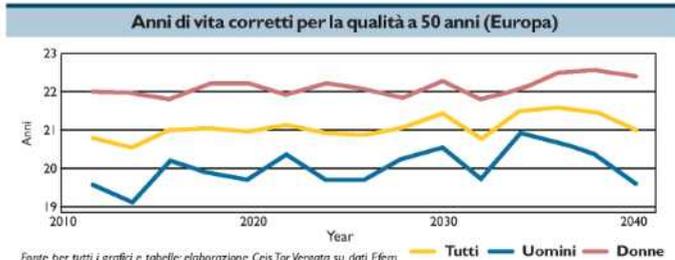
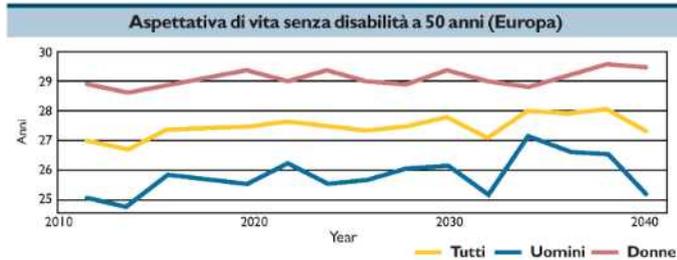
- In assenza di interventi la prevalenza di individui con disabilità risulterà più che raddoppiata nei prossimi 40 anni.
- L'introduzione di un intervento di tipo terapeutico per l'obesità:
 - porterebbe in un arco di 45 anni circa (2007- 2051) a una riduzione statisticamente significativa della prevalenza di obesità e diabete;
 - nello stesso periodo permetterebbe risparmi lordi di oltre 200 miliardi di euro nei Paesi considerati.
- L'introduzione di «politiche per la prevenzione» dell'obesità, mirate a incidere sugli stili di vita:
 - porterebbe nello stesso arco temporale a una riduzione non significativa della prevalenza di obesità e diabete;
 - permetterebbe di generare risparmi lordi di oltre 150 miliardi di euro nei Paesi considerati.

Dati utilizzati dal modello

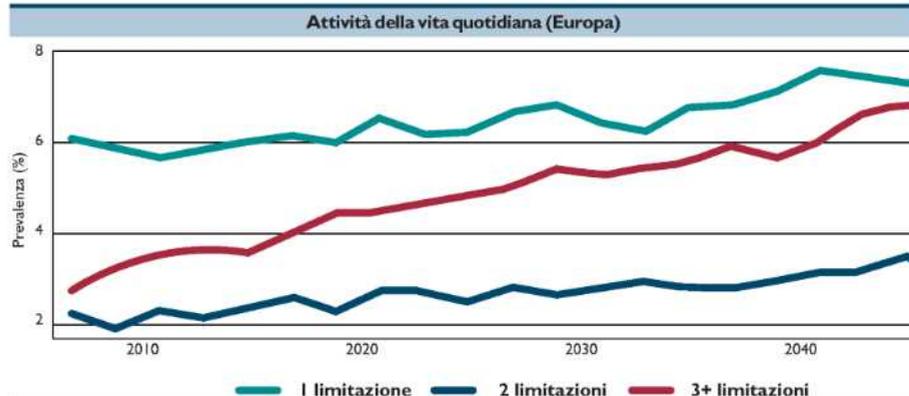
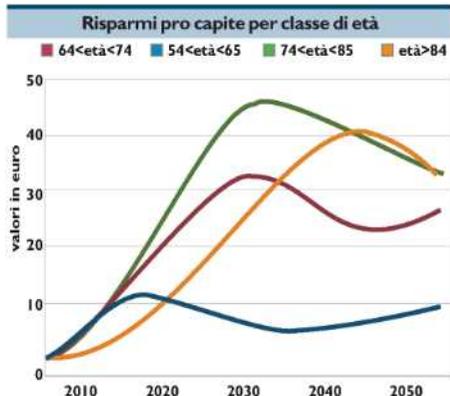
- Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (Share);
- Gateway to Global Aging Data;
- European Community Household Panel (Echp)
- Eurostat;
- Health Search-SISSI DB;
- Schede di dimissione ospedaliera (Sdo).

Istituzioni coinvolte

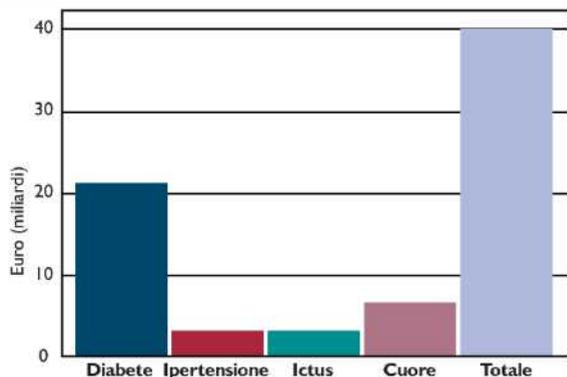
- Center for Economic and International Studies, Università di Roma «Tor Vergata»;
- Schaeffer Center for Health Policy and Economics, University of Southern California;
- Center for Health Policy, Stanford University, California.



Fonte per tutti i grafici e tabelle: elaborazione Ceis Tar Vergata su dati Efem

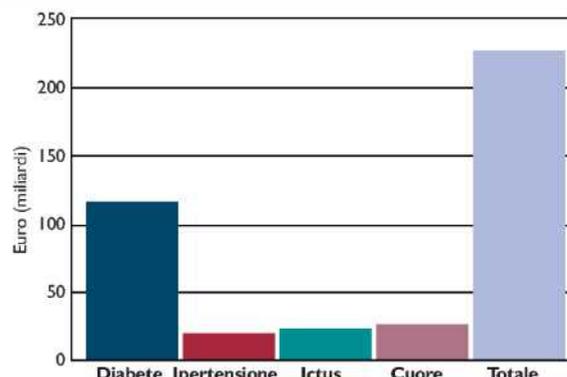


Cura obesità - Italia - Risparmi* 2007- 2051



* I risparmi totali includono anche minori costi legati ad altre malattie croniche, ad es. le patologie respiratorie

Cura obesità - Europa - Risparmi* 2007- 2051



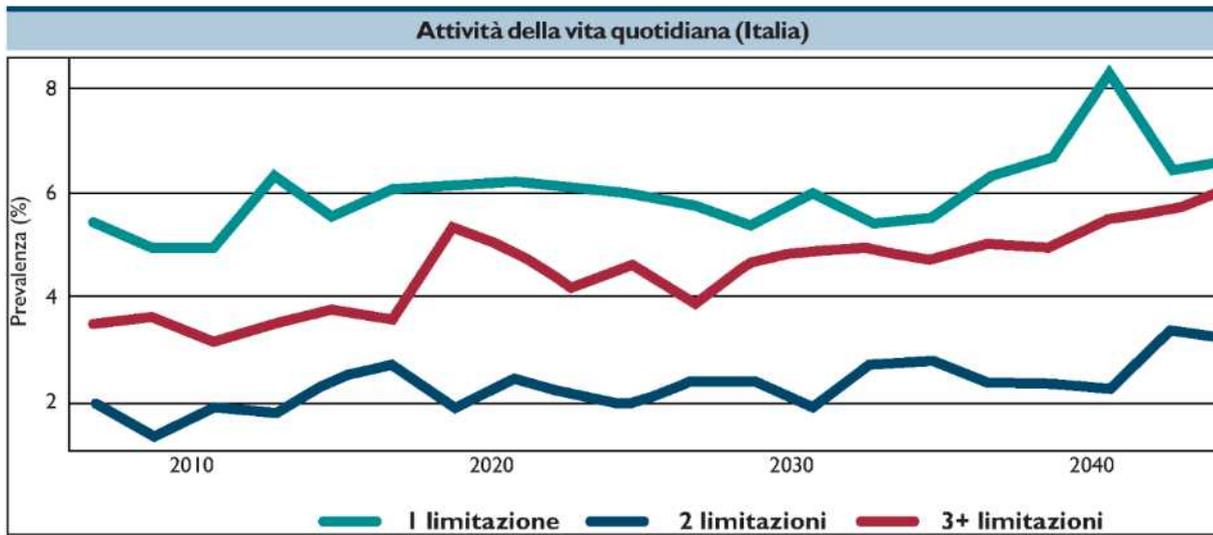
* I risparmi totali includono anche minori costi legati ad altre malattie croniche, ad es. le patologie respiratorie

Prevenzione obesità - Risparmi Ue (mln euro)

Anno	Diabete	Ipertensione	Totale
2007	0	0	0
2017	-1.534	-1.723	-3.257
2027	-3.505	-3.597	-7.102
2037	-5.154	-4.718	-9.872
2047	-5.855	-4.292	-10.148
Totale 2007-2051	-78.575	-72.701	-151.281

Prevenzione obesità - Risparmi Italia (mln euro)

Anno	Diabete	Ipertensione	Totale
2007	0	0	0
2017	-38	-777	-815
2027	-147	-3.319	-3.467
2037	-724	-7.843	-8.585
2047	-2.002	-12.706	-14.708



«Così potremo arginare i prodotti illegali venduti senza controlli»

4

domande a

Luca Pani
direttore generale Aifa

GIACOMO GALEAZZI

«La vendita on line dei farmaci senza prescrizione medica ci era richiesta da una direttiva europea. Non tutti i paesi sono pronti, l'Italia sì», afferma Luca Pani, direttore generale dell'Agenzia del Farmaco. Rischi del web inclusi.

Quali sono i pericoli?

«La garanzia contro i rischi è rappresentata dall'aver un logo ufficiale. In vendita legalmente sulla rete ci saranno solo i medicinali che non richiedono prescrizione medica. Adesso si tratta di far capire bene a tutti come funziona. In queste prime ore ai nostri centralini chiamano molte persone convinte di trovarsi su Amazon o eBay. Errore».

Da cosa nasce l'equivoco?

«Tanti pensano di potersi far consegnare a casa qualunque medicinale, anche quelli che il loro medico non ha ritenuto opportuno prescrivere. Non è così. Dietro il sito Internet c'è una farmacia reale, una competenza professionale. Le farmacie on line legali saranno riconoscibili, e quindi distinguibili da quelle illegali, attraverso un bollino di sicurezza. Intanto rafforziamo i controlli coi Nas perché circola qualunque genere di prodotto. Met-

tono dentro una piccola parte di anticorpo e poi diluiscono».

Il rischio è quello di confondere?

«Non deve passare l'idea che adesso il Web è tutto buono. Va combattuta la vendita illegale sul Web di farmaci-pirata. È un colossale business internazionale. Nel circuito parallelo ci sono medicine che valgono più di un chilo d'oro. In rete si può comprare di tutto: farmaci per dimagrire e per la potenza sessuale, antidolorifici, derivati delle anfetamine, prodotti per culturisti che vogliono aumentare la massa muscolare. È un reato vendere farmaci che richiedono prescrizione medica. per legge non si possono vendere on line. La vigilanza è massima per garantirei livelli di sicurezza contro l'utilizzo fraudolento delle vendite a distanza».

Serviva la farmacia on line?

«Lo ha chiesto l'Europa. E' una novità utile ai cittadini, ovunque si trovino. Serve a poter acquistare, pagare "on line" e farsi consegnare a casa i farmaci da banco. Sono prodotti certificati, hanno il bollino, il logo. Chi vende farmaci in Rete deve essere un soggetto che abbia già titolo a farlo nella vita reale. La vendita a distanza è consentita soltanto a farmacie e negozi che rispondano ai requisiti di base stabiliti dalla normativa».

