

Italia senza figli, è il record del secolo

L'Istat: più morti che nati, mai così dalla Grande Guerra. Il Paese è a crescita zero

Per la prima volta le culle vuote aumentano anche nelle famiglie degli immigrati

MICHELE SMARGIASSI

SOLO la Grande Guerra svuotò le culle più di adesso. Fa sapere l'Istat che nel 2014 in Italia la differenza fra nati e morti, leggi saldo demografico naturale, ha sfiorato quota meno centomila: un record, la forbice più alta dal 1918 (meno 636 mila), quando però era la falce delle trincee a squilibrare il bilancio.

Oggi non è che si muore di più, anzi la mortalità è in leggera diminuzione. È il disinvestimento sui figli che allarga la forbice, perché la voglia di prole frana ormai costantemente dal 2008. Il Bilancio demografico nazionale rilasciato ieri dall'Istat ha la forza delle cifre nette: 502.596 neonati l'anno scorso, meno 11.712, ossia meno 2,3%, sul 2013. Altro che crescita zero, è decrescita sottozero, quasi ovunque: solo a Trento e Bolzano più nascite che funerali.

Crisi economica, mutamento dei costumi e dei progetti familiari. C'entra pure il contraccol-

po del *baby-boom*: sono in età fertile oggi i figli dei primi cali demografici degli anni Ottanta: meno bambini allora, meno potenziali genitori oggi.

Che cosa conta di più, nella retromarcia demografica italiana? Non è facile distinguere. Ma c'è un indizio che comincia a farsi significativo: calano anche le nascite nelle famiglie degli immigrati. Nel primo decennio del millennio i bimbi multicolori riempivano le sale parto, compensando in parte la minor natalità delle famiglie italiane: un boom, da 30 mila nel 200 a 80 mila nel 2012. Bene, l'aria è cambiata anche qui. L'inversione di tendenza timida di due anni fa, nel 2014 è stata netta: 2638 nati in meno. La crisi colpisce anche famiglie che, per cultura e tradizione, sarebbero propense a fare più figli della media italiana.

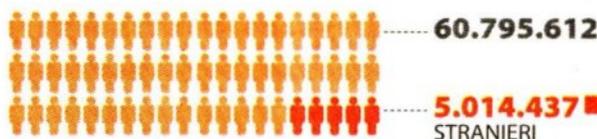
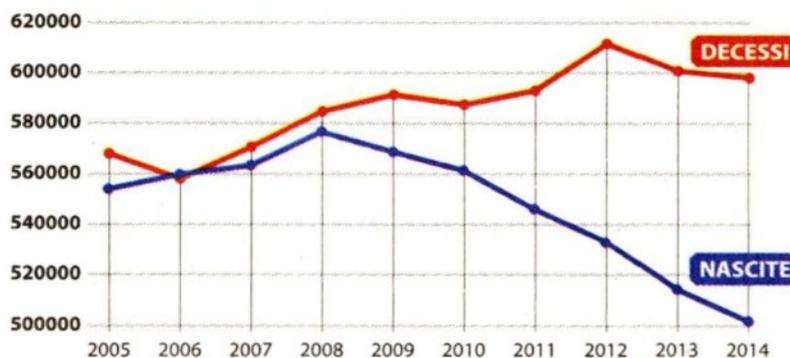
Dunque, nonostante le paure di invasione, in questo paese non stiamo più stretti di prima. Sommando tutto, arrivi e partenze, nati e morti, siamo appena 12 mila in più del 2013, ma se scremiamo la burocrazia (correzioni di errori e revisioni anagrafiche) siamo aumentati solo di duemila persone e rotti, un'inezia. Per chi ama la precisione, in Italia ora siamo 60.795.612 residenti ufficiali. Di cui poco più di

5 milioni sono cittadini stranieri immigrati (fa l'8,2 per cento, ma attenzione: quasi la metà vengono da paesi europei). Ci sono ormai nella penisola persone di duecento nazionalità diverse (primi i romeni, 22,6% del totale), ma le iscrizioni anagrafiche dall'estero (277 mila l'anno scorso) sono addirittura in calo. Hanno invece ottenuto la cittadinanza italiana 130 mila persone nate altrove.

Insomma, anche l'immigrazione, almeno quella che risulta all'anagrafe, riesce a malapena a colmare i vuoti di un paese che perde abitanti. Ne perde statisticamente (per lo sbilancio fra nati e morti, già detto), ma anche realmente: siamo ancora un paese di emigranti, 90 mila partenze, anche a contare i rimpatri il saldo è negativo di quasi 60 mila unità. Partono i più giovani, e anche questo aggiunge un grano di sabbia all'inesorabile clessidra dell'invecchiamento: adesso la nostra età media è di 44,4 anni. Apparentemente non sembra drammatica, ma è l'incubo della piramide rovesciata a turbare i sonni dei programmatori sociali: quella massa di anziani inattivi che preme su una minoranza di giovani produttivi, che può schiantare qualsiasi welfare, non solo in tempi di crisi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La popolazione italiana



INUMERI

44,4

L'ETÀ MEDIA

Continua l'invecchiamento della popolazione, in costante aumento di due decimi all'anno

100mila

IL SALDO NEGATIVO

È la quota record della differenza tra i morti e i nati vivi nel 2014 registrata dall'Istat nel suo rapporto

130mila

I NUOVI ITALIANI

È il numero degli stranieri che hanno acquisito la cittadinanza, in aumento del 29%

13,8%

GLI UNDER 15

Rispetto al 2011, quando erano il 14% della popolazione, sono diminuiti i ragazzi sotto i 15 anni



Svizzera. Diagnosi pre-impianto: un «via libera» che divide

Al referendum di domenica, il 60% dei cittadini si è espresso a favore della norma che modificherà la Costituzione. Contrarie le famiglie dei disabili, le associazioni e i vescovi

MARCELLO PALMIERI

Diagnosi pre-impianto, anche la Svizzera ha detto sì. Chiaro (ma non plebiscitario) l'esito del referendum celebrato domenica: l'apertura è stata voluta dal 60% dei suffragi e da 19 cantoni e semicantoni su 26. Ma cos' hanno deciso in concreto gli elettori elvetici? La questione è complessa, sia sotto il profilo medico che quello giuridico. Si tratta innanzitutto di chiarire cos'è la diagnosi pre-impianto: l'operazione con cui, nella fecondazione artificiale, vengono prodotti più embrioni di quelli necessari, sottoposti a verifiche sul loro stato di salute e impiantati in utero solo quelli sani. Gli altri, quelli "difettosi", vengono gettati.

La procedura è chiesta soprattutto dalle coppie con malattie genetiche, che ne vedono un mezzo per evitare di partorire bimbi affetti dalla malattia di mamma o papà. Ma i problemi etici che si pongono non sono da poco. La procedura obbliga infatti a "costruire" embrioni, dunque vite umane, già a priori destinati alla morte. E sottintende il messaggio per cui degni di nascere saranno solo i feti sani. Cosa che, salve circostanze per la verità non così rare, accade in concreto all'esito dell'operazione. Ed ecco il punto. Negli scorsi mesi, la Svizzera ha introdotto nella propria legge sulla procreazione medicalmente assistita "l'esame del patrimonio genetico di gameti ed embrioni in vitro e la loro selezione", pratiche finalizzate a individuare le "caratteristiche cromosomiche suscettibili di influenzare la capacità di sviluppo del futuro embrione". Conseguentemente, siccome dietro queste formulazioni

pressoché incomprensibili ai non addetti ai lavori stava la chiara idea di aprire alla diagnosi pre-impianto, è stato modificato pure l'articolo che consentiva di produrre non più di 3 embrioni per ogni ciclo di trattamento. Troppo pochi, per esser sicuri che almeno un paio siano sani. Ecco allora l'innalzamento di questo limite a 12, con l'obbligo di congelare gli altri in avanzo - depurati di quelli malati - per almeno 10 anni (trascorso questo termine potranno essere distrutti).

Ma se già era stata modificata la legge, perché la consultazione popolare di domenica? La questione è tecnica. Per uno Stato, la fonte normativa più importante è la Costituzione. Ne discende che le leggi in contrasto con questa sono inapplicabili.

Così era in Svizzera, dove la Carta fondamentale stabiliva che «fuori del corpo della donna possono essere sviluppati in embrioni solo tanti ovociti umani quanti se ne possono impiantare immediatamente». Niente diagnosi pre-impianto, dunque, a meno che non si modificasse la Costituzione. Cosa che è avvenuta domenica, con lo strumento giuridico del referendum. Questa la nuova formulazione: «Fuori del corpo della donna può essere sviluppato in embrioni soltanto il numero di ovociti umani necessario ai fini della procreazione assistita». Così scrivendo, la nuova norma costituzionale non impone più un limite suo, ma lascia che a fissarlo sia quello della nuova legge sulla procreazione medicalmente assistita. Intanto, contro la diagnosi pre-impianto si sono espressi i vescovi e la gran parte delle associazioni di disabili. Senza dimenticare che il movimento "No alla DPI" raccoglieva forze politiche trasversali. Dal canto suo, il Partito evangelico svizzero ha annunciato una mobilitazione per modificare la legge sulla provetta tramite nuovo referendum. Franco Denti, presidente dell'Ordine dei medici del Ticino, ha stigmatizzato l'esito di domenica come «un altro passo verso la dissacrazione della vita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Test genetico per tutte le donne con cancro ovaio o seno



15 giugno 2015

A tutte le donne colpite da cancro del seno o dell'ovaio deve essere proposto il test per la ricerca delle mutazioni dei geni che moltiplicano il rischio di tumori femminili, quelli che hanno spinto l'attrice Angelina Jolie a sottoporsi a una mastectomia e alla rimozione di tube e ovaie per non ammalarsi, come era accaduto alla madre.

L'indicazione del test genetico per tutte le pazienti arriva da due oncologhe italiane, Nicoletta Colombo, direttore della Divisione di ginecologia oncologica medica dell'Istituto di Milano, e Grazia Arpino, ricercatrice all'università Federico II di Napoli, dal congresso Asco. "Il test per la mutazione dei geni Brca1 e Brca2 nelle pazienti con cancro dell'ovaio – ha sottolineato Nicoletta Colombo, esperta di questa neoplasia – è importante innanzitutto per poter dare la terapia migliore alla paziente. Ma anche per allargare l'analisi, se il risultato è positivo, alla famiglia (valutare poi la familiarità del rischio allargando l'analisi se il risultato è positivo) e fare così davvero prevenzione per una neoplasia che attualmente è impossibile prevenire. Il 70-80% delle diagnosi, purtroppo, arriva ancora in fase avanzata".

Le mutazioni 'incriminate' sono presenti nel 20-25% di questi tumori. Fare prevenzione, conoscendo la familiarità del rischio, "significa prendere la pillola contraccettiva per le più giovani, che riduce nel 50% dei casi le probabilità di ammalarsi, oppure fare una scelta estrema, ma efficace: togliere le tube e poi le ovaie". Come ha fatto l'attrice hollywoodiana, che con la sua testimonianza ha diviso l'opinione pubblica e soprattutto i medici, ma forse ha fatto riflettere le donne.

Fare il test per la mutazione dei geni Brca1 e Brca2, dunque, è tutt'altro che un capriccio dovuto all'effetto Jolie. Andrebbe fatto a tutte le donne con cancro dell'ovaio o anche del seno, hanno affermato Colombo e Arpino. Ma non lo si fa, non in tutt'Italia almeno.

"Al momento il test non è rimborsabile ovunque – hanno spiegato – i criteri sono diversi a seconda delle Regioni e mancano le strutture accreditate dal Ssn per farlo. Eppure, con le tecnologie attuali, il costo del test non supera i 500 euro". Intanto, la ricerca prova a centrare il traguardo della diagnosi precoce anche per l'ovaio: "Stiamo lavorando – ha spiegato Colombo – sui microRna rilasciati dall'organismo come reazione al tumore, sono dei marcatori precocissimi della sua presenza".

<http://www.corriere.it/salute/>

CONGRESSO AMERICANO DI ONCOLOGIA

Le esperte: «Test genetico, come per la Jolie, a tutte le donne con tumore al seno o all'ovaio»

L'esempio dell'attrice è importante per dare terapie personalizzate e per costruire una mappa del rischio di familiarità. Presentati studi che danno speranze per le forme di cancro femminili finora più difficili da curare

di Vera Martinella

A tutte le donne colpite da cancro del seno o dell'ovaio deve essere proposto il test per la ricerca delle mutazioni dei geni che moltiplicano il rischio di tumori femminili, quelli che hanno spinto l'attrice Angelina Jolie a sottoporsi a una mastectomia e alla rimozione di tube e ovaie per non ammalarsi, come era accaduto alla madre. L'indicazione del test genetico per tutte le pazienti arriva da due oncologhe italiane, Nicoletta Colombo, direttore della Divisione di ginecologia oncologica medica dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, e Grazia Arpino, ricercatrice all'università Federico II di Napoli, che hanno presentato i nuovi progresso terapeutici contro i tumori femminili durante il 51esimo congresso della Società americana di oncologia clinica (Asco), conclusosi nei giorni scorsi a Chicago.

Ovaio, in 7 casi su 10 la diagnosi è in ritardo

O«Il test per la mutazione dei geni Brca1 e Brca2 nelle pazienti con cancro dell'ovaio - sottolinea Colombo, esperta di questa neoplasia - è importante innanzitutto per poter dare la terapia migliore alla paziente. Ma anche per allargare l'analisi, se il risultato è positivo, al resto della famiglia e fare così davvero prevenzione per una neoplasia che attualmente è impossibile prevenire». Oltre il 70 per cento delle diagnosi, infatti, arriva purtroppo ancora in fase avanzata, anche perché nonostante la sua aggressività e alta mortalità il tumore ovarico è conosciuto da meno di un'italiana su tre. Le mutazioni «incriminate» sono presenti invece nel 20-25 per cento di questi tumori. Fare prevenzione, conoscendo la familiarità del rischio, «significa per le più giovani prendere la pillola contraccettiva, che riduce nel 50 per cento dei casi le probabilità d'ammalarsi - dicono le esperte -. Oppure fare una scelta estrema, ma efficace: togliere le tube e poi le ovaie». Come ha fatto l'attrice hollywoodiana. « Il test per la mutazione dei geni Brca1 e Brca2, dunque, andrebbe fatto a tutte le donne con cancro dell'ovaio o anche del seno - affermano Colombo e Arpino -. Al momento però questo non accade in

tutta Italia e il test non è rimborsabile ovunque: i criteri sono diversi a seconda delle Regioni e mancano le strutture accreditate dal Ssn per farlo. Eppure, con le tecnologie attuali, il costo del test non supera i 500 euro». Intanto, la ricerca prova a centrare il traguardo della diagnosi precoce anche per l'ovaio: «Stiamo lavorando - racconta Colombo - sui microRna rilasciati dall'organismo come reazione al tumore, sono dei marcatori precocissimi della sua presenza».

Passi avanti contro i tumori del seno più aggressivi: Her2 positivi e triplo negativi

Passi avanti contro i tumori del seno più aggressivi: Her2 positivi e triplo negativi All'Asco sono stati presentati inoltre i risultati di diverse sperimentazioni che aprono nuove speranze per la cura dei tumori al seno particolarmente aggressivi, quelli Her2 positivi e quelli cosiddetti «triplo negativi». Lo studio NeoSphere ha evidenziato l'efficacia dell'aggiunta dell'anticorpo monoclonale pertuzumab alla terapia classica (basata su trastuzumab e chemioterapia) prima dell'intervento, in pazienti con tumore scoperto in fase precoce. Il mix non aumenta gli effetti collaterali e «riduce di circa il 40 per cento la probabilità di avere metastasi a distanza o di morire per tumore mammario a tre anni dalla diagnosi e dalla terapia neoadiuvante - spiega Arpino -. Lo studio, inoltre, sembra confermare che la scomparsa completa del tumore dopo chemioterapia neoadiuvante possa essere predittiva di un beneficio a lungo termine. In pratica, le pazienti hanno buone probabilità di non ammalarsi più se ricevono da subito il giusto trattamento». Inoltre, per le donne con neoplasia mammaria triplo negativa buone speranze arrivano dallo studio internazionale tnAcity, che ha testato l'efficacia nel nanofarmaco nab-paclitaxel, cioè il chemioterapico paclitaxel legato all'albumina in nanoparticelle: «Questa molecola rende possibile aumentare la concentrazione della dose antitumorale per colpire selettivamente le cellule malate, aumentandone l'efficacia con meno effetti collaterali anche nelle pazienti metastatiche - spiega Pierfranco Conte, direttore dell'Oncologia Medica dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) di Padova e fra i principali autori dello studio -. In questa forma di tumore a oggi è disponibile solo la chemioterapia, quindi è essenziale trovare il miglior regime chemioterapico per queste pazienti. All'Asco - continua Conte - vengono presentati anche studi che dimostrano come regimi con nab-paclitaxel, somministrato prima dell'intervento chirurgico, siano in grado di indurre una maggior percentuale di risposte patologiche complete. Si tratta di un parametro molto importante perché consiste nell'assenza di tumore invasivo sia nel seno che nei linfonodi ed è strettamente legato all'esito favorevole a lungo termine, cioè alla sopravvivenza. Infine altri dati interessanti presentati a Chicago riguardano l'efficacia e la tollerabilità della molecola in donne anziane colpite da tumore del seno».

Miglioramenti anche per le donne con tumore ovarico e dell'endometrio

Al congresso americano sono stati evidenziati progressi anche contro l'altro temuto tumore femminile, quello all'ovaio, il più grave tra le neoplasie ginecologiche di cui ogni anno si ammalano quasi 6mila italiane. Secondo i dati dello studio italiano Mito-Mango, l'aggiunta del farmaco anti-angiogenico bevacizumab alla chemio prima dell'intervento chirurgico in pazienti che non potevano essere subito operate «ha ridotto il tumore a meno di un centimetro - spiega Colombo - e l'82 per cento di loro è poi riuscito ad avere un intervento di successo». Sempre per il cancro dell'ovaio, sono stati presentati all'Asco i risultati dell'analisi di uno studio (Icon7), già condotto su 1.528 donne con questo carcinoma. L'associazione di bevacizumab con la chemioterapia si è dimostrata efficace nel ridurre il rischio di progressione della malattia indipendentemente dallo stadio e dal risultato chirurgico. Bevacizumab, farmaco antinangiogenico che «affama» il tumore bloccando la formazione di nuovi vasi sanguigni, è stato testato in aggiunta alla chemio anche per il cancro dell'endometrio: «L'aggiunta ha consentito di ottenere un miglioramento di 5 mesi nella sopravvivenza libera da progressione di malattia, rispetto alla sola chemioterapia. Un risultato importante in un tumore complesso da trattare se non diagnosticato in fase precoce e per il quale da tempo non si avevano nuove terapie», conclude Colombo.

Ca al seno, anastrozolo meglio di tamoxifene per il carcinoma duttale in situ



15 giugno 2015

L'inibitore dell'aromatasi anastrozolo potrebbe essere una scelta migliore rispetto a tamoxifene per prevenire la progressione di un carcinoma duttale in situ a tumore invasivo. A suggerirlo sono i risultati dello studio multicentrico di fase III NRG Oncology/NSABP B-35, il primo a confrontare l'efficacia e la sicurezza di tamoxifene rispetto ad anastrozolo nelle donne trattate per un carcinoma duttale in situ. I dati del trial, che è stato finanziato dai National Institutes of Health, sono stati presentati da poco al congresso annuale dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO), a Chicago.

Dopo un follow-up medio di 8,6 anni, sono stati registrati 114 casi di tumori al seno nelle donne trattate con tamoxifene contro 84 tra quelle trattate con anastrozolo. Inoltre, la percentuale di sopravvivenza libera dal tumore al seno a 10 anni è stata stimata nel 93,5% nel gruppo anastrozolo contro 89,2% nel gruppo tamoxifene, anche se un'analisi dei sottogruppi ha evidenziato che anastrozolo non è superiore a tamoxifene nelle donne di età superiore ai 60 anni.

"La buona notizia è che tamoxifene e anastrozolo sono entrambi molto efficaci, ma sembra che le pazienti abbiano più possibilità di stare bene con anastrozolo" ha detto in conferenza stampa il primo autore dello studio, Richard G. Margolese, della McGill University di Montreal. Inoltre, ha aggiunto l'oncologo, "le donne dovrebbero anche tenere in considerazione le differenze relative agli effetti collaterali quando scelgono il trattamento con il proprio medico".

"Non credo che questo studio permetta di definire un unico standard di cura per tutte le donne con un carcinoma duttale in situ" gli ha fatto eco Don S. Dizon, del Massachusetts General Hospital Cancer Center di Boston, portavoce dell'ASCO e moderatore della conferenza. "Il punto più importante è che ora abbiamo un'opzione aggiuntiva per la prevenzione del cancro al seno per le donne trattate per un carcinoma duttale in situ" ha aggiunto l'esperto.

"La disponibilità di entrambi i farmaci, anastrozolo e tamoxifene, significa avere più scelte, per cui ora possiamo personalizzare di più la terapia" ha rimarcato Dizon, ricordando che finora l'unica opzione per il

trattamento medico adiuvante del carcinoma duttale in situ era rappresentata da tamoxifene.

Lo studio presentato all'ASCO ha coinvolto 3104 donne in postmenopausa che erano state sottoposte a una mastectomia parziale e alla radioterapia dopo la diagnosi di carcinoma duttale in situ con recettori ormonali positivi. Le partecipanti sono state assegnate al trattamento con tamoxifene (20 mg/die) e placebo oppure con anastrozolo 1 mg/die e placebo per 5 anni.

L'obiettivo primario dello studio era l'intervallo libero da cancro al seno, definito dai ricercatori come "il tempo intercorso tra la randomizzazione a qualsiasi evento legato al cancro al seno, tra cui una recidiva locale, regionale o a distanza o un tumore controlaterale, sia invasivo sia duttale in situ".

Sebbene entrambi i farmaci siano utilizzati da tempo come terapia ormonale nei pazienti con un cancro al seno, hanno meccanismi di azione diversi. Tamoxifene è un antiestrogeno, mentre anastrozolo è un inibitore dell'aromatasi.

Le partecipanti di entrambe le coorti sono state stratificate in base all'età (< 60 anni e ≥ 60 anni) e lo studio è durato 5 anni.

Nel gruppo delle under 60, sono stati registrati 58 eventi legati al cancro al seno tra le 722 pazienti trattate con tamoxifene contro 31 tra le 725 assegnate ad anastrozolo (HR 0,52; P = 0,003). Invece, nelle over 60, ne sono stati registrati 56 tra le 816 del braccio tamoxifene contro 53 tra le 814 del braccio anastrozolo (HR 0,95; P = 0,77). Inoltre, ci sono stati otto decessi a causa del cancro al seno nel gruppo tamoxifene e cinque nel gruppo anastrozolo.

Nelle donne di età inferiore ai 60 anni il beneficio di anastrozolo è stato "cospicuo", ha detto Margolese, "ma nelle donne sopra i 60 anni tamoxifene e anastrozolo hanno mostrato un beneficio equivalente e non sappiamo bene perché".

"Anche se anastrozolo effettivamente riduce il rischio di eventi al seno rispetto a tamoxifene, è da notare che potrebbe essere più utile nelle donne in post-menopausa più giovani che hanno meno di 60 anni" ha rimarcato Dizon.

Margolese ha detto che anastrozolo si è dimostrato migliore di tamoxifene su tutti gli altri endpoint secondari, ma con differenze relativamente piccole, e l'unico risultato che ha raggiunto la significatività statistica è stata l'incidenza del carcinoma mammario invasivo controlaterale, che, "ancora una volta, è risultato ridotto di quasi la metà" nel gruppo anastrozolo, dove ci sono state 20 diagnosi contro le 36 nel gruppo tamoxifene (HR 0,55; P = 0,03).

Gli sperimentatori hanno valutato anche gli eventi avversi noti per essere associati con ciascuna delle due terapie ormonali e hanno visto che il profilo di tossicità era simile. L'effetto collaterale principale di anastrozolo è un'accelerazione dell'osteoporosi e Margolese ha riferito che il tasso medio annuo di fratture osteoporotiche nel braccio anastrozolo è risultato pari a 69 ogni 1000 pazienti contro 50 con tamoxifene. D'altra parte, il tamoxifene è risultato associato a un rischio maggiore di cancro all'utero e il tasso medio annuo di questo tumore è risultato pari a 17 ogni 1000 donne con tamoxifene contro 8 con anastrozolo. Tuttavia, ha osservato l'autore, nessuna di queste differenze è risultata statisticamente significativa.

Gli eventi avversi gravi sono risultati "non comuni con entrambi gli agenti, e un po' meno comuni con anastrozolo" il che porterebbe a ritenere l'inibitore dell'aromatasi l'opzione preferibile per il trattamento adiuvante del carcinoma duttale in situ, soprattutto nelle donne in cui non ci sono timori di una tromboembolia o un cancro all'utero.

Tuttavia, le pazienti e i medici devono tenere conto dei possibili effetti collaterali di entrambi i farmaci, soprattutto perché questi agenti probabilmente non influiscono sulla sopravvivenza globale. "Tamoxifene può aumentare il rischio di coaguli ed è risultato associato a un rischio di carcinoma endometriale, che si presenta con un sanguinamento uterino disfunzionale" ha sottolineato Dizon. "Gli inibitori dell'aromatasi, tra cui anastrozolo, provocano dolori muscolari e articolari, che nelle donne con carcinoma mammario invasivo, rappresentano uno dei motivi che spingono ad abbandonare il trattamento. Gli inibitori dell'aromatasi possono avere anche un impatto la salute delle ossa e possono causare più problemi in termini di salute vaginale e funzione sessuale" ha aggiunto l'esperto.

La questione di quanto sia opportuno trattare il carcinoma duttale in situ rimane annosa nella pratica clinica. Anche se le donne con questo tumore sono a maggior rischio di sviluppare un cancro al seno invasivo, i decessi correlati al cancro della mammella sono rari in queste pazienti se vengono sottoposte alla mastectomia parziale e alla radioterapia, ed entrambe le opzioni di terapia ormonale adiuvante valutate in questo studio possono causare effetti indesiderati.

Dizon ha detto, comunque, che i risultati dello studio sono importanti perché forniscono ai medici un'ulteriore possibilità di personalizzare la terapia in questa in questo setting. "Le donne con carcinoma duttale in situ già avevano diverse ottime opzioni di trattamento, e ora hanno una in più. Gli inibitori dell'aromatasi offrono importanti vantaggi, ma le pazienti e i loro medici dovrebbero comunque considerare l'intera gamma di opzioni disponibili, tra cui il tamoxifene o addirittura rinunciare al trattamento adiuvante, perché ogni approccio comporta rischi e benefici" ha sottolineato Dizon.

Alessandra Terzaghi

R.G. Margolese, et al. Primary results, NRG Oncology/NSABP B-35: a clinical trial of anastrozole vs tamoxifen in postmenopausal patients with DCIS undergoing lumpectomy plus radiotherapy. J Clin Oncol. 2015;(suppl; abstr LBA500).

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

SALUTE

GOZZO. Sei milioni di pazienti, molti sono bambini che possono subire danni permanenti. Come riconoscere subito i sintomi

Così lo iodio dà una mano alla tiroide

Un rigonfiamento del collo e l'aumento di volume della ghiandola tra le avvisaglie

TINA SIMONIELLO

È una ghiandola endocrina a forma di farfalla, nella regione anteriore del collo. Se lo iodio nella dieta è carente, nel tentativo di lavorare di più e compensarne la carenza, aumenta di volume e diventa ipertrofica. Il gozzo è il disturbo da deficit di iodio più frequente: più severo e diffuso nei paesi emergenti, di grado lieve-moderato nel mondo industrializzato, Italia compresa, dove circa 6 milioni di persone ne sono affette: più del 10%. Molti sono giovani: ne soffre il 6-9% dei bambini in età scolare, un numero più alto del 5% dato dall'Oms come valore indicativo di iodio-sufficienza per quella fascia d'età. Lo iodio è un costituente essenziale degli ormoni tiroidei, triiodotironina e tiroxina, o T3 e T4, che hanno recettori ubiquitari, distribuiti cioè su tutti gli organi, e contribuiscono al mantenimento dell'omeostasi, cioè dell'equilibrio metabolico nel corso dell'intera vita «in particolare in alcune fasi dell'età evolutiva - spiega Marco Cappa, responsabile dell'Endocrinologia del Bambino Gesù di Roma - nel corso della quale giocano un ruolo chiave in processi essenziali come lo sviluppo del sistema nervoso centrale, nella salute del cuore, e nella crescita staturale». Intorno ai 12 anni la tiroide passa da un peso di 5 a 20-30 grammi: un incremento fisiologico che richiede molto iodio. «Se in questa fase si ha un deficit di nutrizionale la ghiandola risponde aumentando di dimensioni», continua Cappa.

Particolarmente sensibile al deficit di iodio è il cervello in età fetale e neonatale, che in condizioni di carenza va incontro a uno sviluppo anomalo. Durante la gravidanza e con l'allattamento il fabbisogno passa da 100-150 a 200-250 mcg al giorno. «Questo perché si ha una perdita renale di questo elemento legata alla maggiore diuresi tipica della gravidanza, e perché c'è l'esigenza di

aumentare la sintesi ormonale da parte della tiroide materna, indispensabile per il corretto sviluppo del feto e della placenta». In condizioni di forte carenza nutrizionale di iodio nella vita intrauterina, i neonati potrebbero non essere in grado di sintetizzare ormoni in quantità adeguata, col rischio di sviluppare ipotiroidismo neonatale (uno su 3000 in Italia), che se non trattato subito può causare seri danni neuropsichici e psicomotori. «Nel nostro paese sottoponiamo a screening tutti i nuovi nati, li intercettiamo e li sottoponiamo a terapia ormonale sostitutiva», riprende Cappa. Il periodo dello svezzamento e fino ai 2 anni è un altro momento importante.

I sintomi, come il rigonfiamento del collo e l'aumento di volume della tiroide, sono soltanto un segno, il primo, della carenza di iodio, evidenziabile con una visita pediatrica. Ma se l'insufficienza è grave e protratta nel tempo i sintomi si fanno più importanti: scarso accrescimento e aumento di peso, battito cardiaco lento e linguaggio rallentato, fino al deficit cognitivo. «Sono già effetti di una sintesi insufficiente di ormoni (ipotiroidismo), segni che riscontriamo raramente - tranquillizza l'endocrinologo - ci vogliono molti mesi di carenza di iodio perché si manifestino». I disturbi o le patologie da carenza di iodio in età evolutiva possono in parte essere prevenuti con un'assunzione supplementare dalla gravidanza e poi da bambini e adolescenti. «Se si fosse già instaurata una condizione di insufficiente produzione di ormoni tiroidei bisognerebbe ricorrere a terapia ormonale sostitutiva con T4: se il danno alla tiroide fosse permanente la tos andrebbe assunta per la vita», conclude Cappa.

Inoltre, lo iodio si assume con gli alimenti, ma la quantità ingerita di rado è sufficiente a raggiungere il fabbisogno giornaliero. «Un adolescente - riprende Cappa - assume circa 50 microgrammi di iodio al giorno, ma il suo fabbisogno è di 100-150. Quindi, se certamente è necessario seguire una dieta equilibrata e varia, si deve integrare lo iodio utilizzando un sale addizionato. Che non significa utilizzare più sale, assolutamente. Il consiglio è di usare poco sale ma iodato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FLASH

Il sale

Lo iodio non si respira, neanche al mare: la quantità nell'aria è trascurabile. Lo iodio si mangia e si trova, in varie quantità, negli alimenti. «Il problema è che anche con una dieta con due volte a settimana pesce, tutti i giorni latte e un po' di formaggio - spiega Antonella Olivieri, responsabile scientifico Osnam, Osservatorio nazionale per il monitoraggio della iodoprofilassi dell'Iss - arriviamo al 50-60% del fabbisogno giornaliero». Che è per un adulto di 150 microgrammi, per una donna in gravidanza e allattamento 250, per un neonato 40, 90 sotto i sei anni, e 120 mcg da 6 a 12. Gli alimenti con la più alta concentrazione di iodio - cita Olivieri - sono crostacei, molluschi e pesci di

mare (100-300 mcg per 100 g). Poi con 15 mcg è nel latte, nelle uova con 8. In carne, cereali, vegetali e frutta è presente in tracce». E infatti ne assumiamo poco. «La strategia è la profilassi con sale iodato, che - sottolinea l'esperta - va sostituito al sale comune, visto che non è un farmaco e non ha effetti collaterali». In Italia una legge del 2005 prevede una serie di misure per promuoverne il consumo, tra queste la presenza obbligatoria negli esercizi, l'uso nelle mense, la vendita di sale non iodato solo su richiesta. Però se ne vende poco: un po' più della metà del totale nella grande distribuzione. Infine qualche consiglio. Lo iodio è volatile: il sale va conservato in contenitori chiusi. Con il calore si perde il 30% di iodio: aggiungerlo a fine cottura. Infine una curiosità: 5 g. di sale iodato equivalgono, come iodio, a una porzione di pesce di mare. (t. s.)

IL GOZZO

Ingrandimento della tiroide causato spesso dalla carenza di iodio

- 1 La tiroide non riesce a secernere ormoni contenenti iodio quindi l'ipofisi, a scopo compensatorio, aumenta la produzione di TSH*
- 2 L'eccessiva secrezione di TSH fa aumentare il volume della tiroide, da cui il gozzo

FONTE: RIELABORAZIONE RSALUTE

IL MEETING Incontro di specialisti per discutere sulle linee guida lavorative per igiene e controllo degli operatori

Standard di sicurezza in camera operatoria

NAPOLI. Le linee guida sugli standard di sicurezza e di igiene del lavoro nel reparto operatorio, emanate dall'Ispesl (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro), in accordo con il Dpr del 14 gennaio 1997 n.37 e i Disegni di Legge 81/08, hanno l'obiettivo di offrire alle Regioni uno strumento di agile consultazione sul tema di standard di sicurezza, assicurando tutte le possibili condizioni in cui si possa espletare l'attività chirurgica, con requisiti di qualità realmente conseguibili dai presidi nosocomiali che desiderano immettersi nell'ambito dell' "eccellenza".

Nella fattispecie tali linee guida analizzano la tematica dell'inquinamento da agenti anestetici, proponendone gli obiettivi, la strumentazione di misura, le procedure di verifica (nell'ambito della quale si inseriscono i controlli del ventilatore meccanico, in accordo alle indicazioni fornite dal Documento Siarti), e la frequenza dei controlli.

L'esposizione ai gas anestetici rappresenta un rischio professionale per gli operatori di sala operatoria; l'impiego di queste sostanze può comportare un potenziale inquinamento ambientale con una conseguente esposizione professionale che deve essere attentamente considerata ai fini del rispetto dei limiti stabiliti dalla normativa vigente.

Risulta pertanto opportuno adottare, quale criterio di prevenzione, il principio di massima cautela affinché l'esposizione professionale a prodotti chimici volatili sia ridotta al minimo possibile o eliminata.

Da oltre vent'anni il Centro Assistenza Ecologica ha sviluppato uno specifico servizio, rivolto alle aziende ospedaliere e finalizzato allo svolgimento delle attività di monitoraggio nei vari am-

biti, richiamati dalle diverse normative in vigore. La circolare n. 5/1989 del Ministero della Sanità relativa all'esposizione professionale ad anestetici in sala operatoria, prevede anzitutto dei limiti massimi per le concentrazioni dei gas anestetici negli ambienti del comparto operatorio, sia per quanto riguarda il protossido di azoto che per quanto riguarda i composti alogenati. La stessa circolare, stabilisce quali debbano essere i controlli da eseguire che oltre ai rilievi delle concentrazioni dei gas aerodispersi prevedono il controllo dei circuiti ad alta e bassa pressione dei gas al fine di individuare anche gli eventuali punti critici dai quali possono originarsi perdite dei gas.

Oltre alla circolare anzidetta va fatto riferimento alle sopracitate Linee Guida Ispesl del dicembre 2009 relative agli standard di sicurezza e di igiene del lavoro nel comparto operatorio.

A Napoli, Grand Hotel Santa Lucia, oggi, si terrà il meeting "Anestetici Alogenati: sicurezza in sala operatoria", organizzato da Antonio Corcione (*nella foto*), Capo Dipartimento dell'Area Critica azienda ospedaliera dei Colli, con una serie di tematiche volte all'implementazione delle conoscenze in merito al rischio chimico delle sale operatorie, alla gestione multidisciplinare (Dirigente Medico Responsabile del Servizio di Prevenzione, Anestesista Rianimatore, Infermiere, Farmacista Ospedaliero) della sicurezza igienico-sanitaria ed ambientale in sala operatoria. Tra le tematiche sviluppate, anche le direttive Europee in merito alla istruttoria della gara ed ai criteri di aggiudicazione. In occasione del meeting è prevista una affluenza multidisciplinare su territorio regionale di Dirigenti Medici, Infermieri Professionali e Farmacisti Ospedalieri.



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

Reclutamento di personale sanitario, il Codice di condotta Oms strumento per scongiurare la fuga di competenze e tutelare il diritto alla salute

di Giulia De Ponte (Coordinatrice Advocacy, Amref Italia; Coordinatrice del partenariato Health Workers for All)

S

24

[PDF](#) [Il report del segretariato Oms sul Codice di condotta](#)

[PDF](#) [Il report dell'Expert Advisory Group](#)

[PDF](#) [La posizione di Health Workers for All](#)

[PDF](#) [Lo statement di Health workers for all/Medicus Mundi International Network](#)

L'Assemblea dell'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) che si è chiusa il 26 maggio ha riportato all'attenzione internazionale l'urgenza di arrivare ad una gestione sostenibile delle migrazioni internazionali di personale sanitario: si tratta del cosiddetto fenomeno della fuga dei cervelli, che porta oggi tanti medici, infermieri e ostetriche ad andare a lavorare all'estero, alla legittima ricerca di condizioni di lavoro e di vita migliori. Un fenomeno in crescita a livello globale - dice l'Oms - a causa di una crescente domanda di operatori sanitari in tutto il mondo, a sua volta alimentata dall'invecchiamento della popolazione e dalla diffusione delle malattie croniche.

Il diritto di scegliere il paese dove vivere e lavorare va promosso e tutelato. In alcuni settori che toccano beni comuni delle nostre società, come la salute, questo diritto va in più coniugato - afferma in sostanza l'Oms - con l'esigenza di non "svuotare" i sistemi sanitari di origine di questi operatori delle proprie migliori risorse, nell'ottica di tutelare anche il diritto alla salute dei cittadini dei paesi di provenienza.

Il Codice di Condotta per il reclutamento internazionale di personale sanitario dell'Oms, di cui si è discusso all'Assemblea, è uno strumento che raccomanda a tutti i paesi membri dell'Oms di pianificare al meglio le proprie esigenze future di personale sanitario, per evitare di dover "andare a caccia" di medici e infermieri provenienti da paesi che ne hanno invece carenza. O, peggio, di diventare "terreno di caccia", perdendo i propri migliori investimenti in capitale umano. Uno strumento che guarda dunque alla crescente interdipendenza dei sistemi sanitari e di welfare, e che pone fundamentalmente una questione di equità tra

sistemi sanitari.

Quest'anno gli Stati Membri dell'Oms hanno chiesto al Segretariato di accelerare il suo lavoro di promozione e diffusione del Codice; e a se stessi di aumentare i propri sforzi per dare applicazione a questo strumento, che rimane di natura volontaria. Una chiamata all'accelerazione, dunque, il cui primo banco di prova è alle porte, ovvero la consegna da parte di tutti gli stati membri del proprio rapporto di monitoraggio sull'applicazione del Codice, prevista per il 31 luglio prossimo.

Come si pongono dunque l'Europa e l'Italia, in questo dibattito? La Commissione Europea ha ben chiaro quanto cruciale sia questa partita: sa che nel 2020 mancheranno in Europa 1 milione di medici, infermieri e ostetriche (2 milioni se si includono anche le professioni cosiddette "ancillari"); sa che il 14% dei nostri bisogni di cura non potranno essere soddisfatti in queste condizioni. La Commissione sa, in più, che il settore sanitario è un settore la cui espansione è portatrice anche di occupazione, e di occupazione qualificata, quella che così disperatamente inseguiamo nel nostro continente. Ed è proprio su questo settore che punta, per la ripresa dell'occupazione interna.

Allo stesso tempo, dalla lettura della recentissima Agenda Europea sulle Migrazioni si evince che, fuori dai propri confini, l'Europa intende attrezzarsi per competere sul mercato globale del personale qualificato (sempre più liberalizzato, questo, a differenza di quanto accade per i migranti poco qualificati), attirando dunque anche operatori sanitari da paesi terzi. Lo farà attraverso la rivisitazione di strumenti quali la - finora poco utilizzata - Blue Card; o, più marginalmente, i Partenariati di mobilità. Ma anche guardando agli accordi di libero commercio nell'ambito dei servizi come a una modalità di gestione di personale qualificato temporaneamente distaccato in Europa da aziende extra europee.

Il dibattito dell'Oms sul Codice di condotta introduce una cautela in questo ragionamento: ci sono settori, quali quello della salute, che sono troppo vitali per le nostre società per essere lasciati in gestione ad un mercato del lavoro globalizzato, e che vanno invece governati attraverso pianificazione del fabbisogno, incentivi e misure di "restituzione". Il rischio di creare inequità di accesso alle cure nei sistemi sanitari più deboli è troppo alto. Ce lo insegna peraltro lo stesso Mercato Unico europeo, dove paesi come la Romania perdono operatori sanitari, a tal punto da raggiungere densità di 2 medici per 1000 abitanti, quasi la metà di alcuni paesi nord-europei. Ma lo vediamo anche in Italia, dove - dall'inizio della crisi nel 2009, il numero di medici che si è attivato per trasferirsi all'estero è sestuplicato, raggiungendo nel 2014 le 2363 unità.

Abbiamo dunque bisogno, in questi settori, di strumenti transnazionali come il Codice Oms, che ci permettano di governare le migrazioni di personale sanitario tutelando in contemporanea il diritto a migrare e quello alla salute. Abbiamo bisogno di dare potere e mordente a questo strumento, perché altri strumenti - quali gli accordi di libero scambio come TISA e TTIP, in corso di negoziazione - rischiano di occupare pezzi di questo spazio in modo forse assai efficace, ma senza una prospettiva sui diritti né un'aspirazione all'equità in salute.

In una prospettiva forse più campanilistica, è necessario anche perché l'Italia oggi non è vincente sul mercato globale del personale sanitario: le politiche di austerità ci hanno spinto a tagliare gli investimenti sul nostro personale sanitario di 1 miliardo solo dal 2010 al 2012. Oggi siamo tra i paesi che formano a caro prezzo i propri medici e infermieri, per poi vederli partire: come pochi decenni fa successe a tanti paesi africani, dove gli aggiustamenti

strutturali di fatto “espulsero” dai sistemi sanitari nazionali medici e infermieri, immettendoli sul mercato globale.

Non a caso l'Italia è tra i promotori della risoluzione sul Codice appena passata all'Oms.

Amref è certa dunque che, coerentemente, l'Italia non mancherà di partecipare al processo di monitoraggio dell'applicazione del Codice che si chiude a fine luglio.

USATA LA TECNICA INNOVATIVA "BRUCIA ARTERIE"

Intervento d'avanguardia al Gaslini bimba guarita dall'ipertensione

PER LA PRIMA VOLTA al mondo un bambino è stato operato per ipertensione, con un'operazione detta "brucia-arterie". Ad eseguire con successo l'intervento, su una bambina ucraina di 6 anni, è stata un'equipe di medici del Gaslini, guidati dal neuroradiologo Carlo Gandolfo e da Francesco Pasetti.

L'operazione è stata fatta nel 2013, ma i risultati, che ne dimostrano l'efficacia sono stati pubblicati ora su una rivista medica, il Bmj case report. Anche in età pediatrica si possono dunque avere casi di pressione alta, ma-

gari a causa di un ispessimento della parete muscolare o per altre malattie. In questo caso la bambina operata, affetta dalla sindrome di Turner, aveva una grave ipertensione e già avuto un ictus.

L'intervento, il cui nome tecnico è denervazione renale, serve a far diminuire la pressione arteriosa quando le medicine non bastano più. È mini-invasivo, perché viene praticato un piccolo buco all'inguine, e con strumenti millimetrici si raggiungono le arterie renali, dove si effettuano delle "bruciature" che servono a disconnettere

il sistema nervoso del rene dal sistema nervoso centrale, provocando un calo della pressione. Può essere una tecnica salvavita, quando nessun'altra opzione terapeutica è percorribile e i farmaci da soli non bastano. Negli adulti è diffusa, ma finora non si era mai provata nei bambini.

Per farlo i medici hanno dovuto adattare la procedura usata negli adulti nelle piccole arterie della bambina. Gandolfo è stato aiutato da un giovane ingegnere biomedico italiano, Andrea Camporese, di una multinazionale americana.



La sostenibilità del welfare sanitario al centro del Rapporto sulla finanza pubblica della Corte dei conti

Deficit dimezzato, servizi a rischio

Il disavanzo da 1,6 mld a 700 milioni - B&S a +2,5% sul 2013 e ticket ancora in salita

Perdite dimezzate rispetto al 2013, per il duplice effetto della stretta sui conti nelle Regioni in Piano di rientro e dell'aumento della spesa complessiva (7% del Pil), che si attesta a 111 mld (+0,9%). Farmaceutica nella morsa, personale ancora alleggerito. B&S a +2,5%. E i ticket sui farmaci che fanno il pieno. I conti della sanità pubblica sono migliorati, ma la vera sfida, ora, è garantire la sostenibili-

tà. Perché un nuovo welfare sarà possibile solo riscrivendo le regole. È questo il vero monito che arriva dalla Corte dei conti, che nel Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica dedica un corposo capitolo a "La Sanità e il nuovo Patto della salute". Il passaggio a un nuovo welfare è la cifra che caratterizza l'intero report.

A PAG. 2-4

CORTE DEI CONTI/ Presentato il Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica

Spesa virtuosa, nuovo welfare

Deficit sanitario da 1,6 mld a 700 mln - Ma serve la bussola Patto salute

Perdite dimezzate rispetto al 2013, per il duplice effetto della stretta sui conti nelle Regioni in Piano di rientro e dell'aumento della spesa complessiva (stabilizzata al 7% del Pil), che si attesta a 111 miliardi (+0,9%). Farmaceutica nella morsa (-2,3% su base annua, mentre nell'ultimo triennio la contrazione arriva al 16%), personale ancora alleggerito (-1%). B&S a +2,5%. E i ticket sui farmaci che fanno il pieno (+4,5%).

I conti della sanità pubblica sono migliorati ma la vera sfida, ora, è garantire la sostenibilità dei servizi. Perché un nuovo welfare sarà possibile solo riscrivendo le regole. È questo il vero monito che arriva dalla Corte dei conti, che nel Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica presentato giovedì scorso al Senato dedica un corposo capitolo a "La Sanità e il nuovo Patto della salute". Del resto, il passaggio a un nuovo welfare è la cifra che caratterizza l'intero report. Dove si legge che «un duraturo controllo sulle dinamiche di spesa può ormai difficilmente prescindere da una riscrittura del patto sociale che lega i cittadini all'azione di governo e che abbia al proprio centro una riorganizzazione dei servizi di welfare».

«Il 2014 - spiegano i magistrati contabili presieduti da **Raffaele Squitieri** - ha confermato i progressi, già evidenziati negli ultimi esercizi, nel riassorbimento degli squilibri finanziari in sanità». Ma «il solo parziale successo delle misure di contenimento dei costi introdotte dal Dl 95/2012 - è il monito - segna da un lato il persistere di limiti nell'appropriatezza e nella organizzazione dell'offerta sanitaria e dall'altro la difficoltà di intervenire su elementi importanti dell'offerta sanitaria senza rischiare di aggravare, almeno nel breve periodo, le ripercussioni che il risanamento finanziario sta producendo in termini di qualità dei servizi resi».

Non a caso, il Patto della salute è il perno delle argomentazioni della Corte: «un accordo importante che richiede, per

una sua effettiva operatività, la messa a punto di modalità di lavoro e soprattutto la stesura di nuove regole». Il punto è che le sfide finanziarie, invece di diminuire, continuano a crescere: il taglio da 2,35 miliardi del Fondo sanitario nazionale nel 2015 (in arrivo con ogni probabilità nel decreto enti locali al varo del Consiglio dei ministri di oggi) alza l'asticella della sostenibilità. Ciò mentre «il settore sanitario si trova di fronte a scelte ancora impegnative anche dal punto di vista finanziario. Pur scontando margini per un recupero di efficienza al suo interno, deve sostenere costi crescenti per garantire l'accesso a farmaci e tecniche di cura innovative e offrire adeguata assistenza a una popolazione sempre più longeva», aggiungono i magistrati. Legata a stretto filo, c'è la questione della effettiva erogabilità dei Lea (vecchi e nuovi): basti pensare che soltanto due delle otto Regioni in Piano di rientro risultano adempienti rispetto alla griglia Lea, mentre «in tutte le Regioni in Piano (escluso il Piemonte) significative criticità emergono nell'erogazione dei servizi di prevenzione, con particolare riferimento all'area degli screening». Se insomma dai tavoli di monitoraggio emerge un miglioramento nella gestione complessiva della sanità, anche per merito delle sinergie tra i diversi livelli di Governo (tiene a sottolineare la Corte), emerge ancora più di un nodo dolente. A partire dai servizi offerti ai cittadini per arrivare ai ritardi nelle procedure di accreditamento e alle difficoltà a rivedere l'offerta assistenziale guardando all'effettivo fabbisogno. Per non parlare dei ritardi nei tempi di pagamento ai fornitori: dai 393 giorni della Calabria agli 85 del Lazio e ai 68 della Puglia.

I risultati del settore nei preconsuntivi delle aziende sanitarie. La tenuta complessiva del sistema si declina in modo totalmente differenziato tra le Regioni in

piano di rientro e quelle con i conti in regola. Sono le prime a ritagliarsi la parte del leone nel contenimento dei costi: a guardare i risultati di esercizio, le perdite si dimezzano passando dagli 1,6 miliardi del 2013 a poco meno di 770 mln. Un risultato che è «l'effetto netto di maggiori ricavi (in aumento dell'1,9% sul 2013) e di maggiori costi in crescita dell'1,1 per cento. Le Regioni in Piano di rientro vedono passare la perdita netta da quasi 800 milioni a circa 100, mentre le realtà dove il Piano non è scattato mostrano una dinamica dei costi superiore (+1,2%) e anche un incremento dei ricavi inferiore (+1,5%). La perdita cumulata per tali enti, rilevano dalla Corte, si riduce di poco più del 21 per cento.

Il risultato complessivo non muta sostanzialmente a guardare i risultati di esercizio presi in considerazione dai Tavoli: anche tenendo conto delle perdite di esercizi passati, l'utile nelle Regioni in Piano è superiore ai 640 milioni. Un risultato che «sconta la forte perdita ancora da coprire della Regione Molise (superiore a 290 mln)». Il saldo complessivo delle Regioni non in Piano dopo le coperture è ancora negativo per oltre 100 milioni. Qui pesa la Sardegna, il cui dato è negativo per oltre 278 milioni, per il quale manca ancora l'indicazione dei mezzi di copertura.

a cura di
Ernesto Diffidenti
Barbara Gobbi
Rosanna Magnano
Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MENSE, PULIZIE, DISPOSITIVI MEDICI

Beni e servizi: risparmi patchwork Restano ancora troppe differenze

Anche i dispositivi medici e i servizi non sanitari del Ssn sotto la scure della spending review, vanno al setaccio della Corte dei conti. I provvedimenti anti-spreco del governo Monti, di cui il decreto legge 95/2012 ha rappresentato la bussola, avevano avviato un monitoraggio specifico per accertare l'efficacia delle misure antispreco. In particolare sulla riduzione della spesa per dispositivi medici, i dati 2014 (sebbene provvisori) forniscono un aggiornamento rispetto al documento del gruppo di lavoro del commissario Cottarelli, presentato lo scorso 23 ottobre.

In particolare lo sguardo va sul faldone dei beni e servizi non sanitari acquisiti dalle strutture pubbliche (incluse le spese per mensa e prodot-

ti alimentari, i servizi di lavanderia e pulizia, quelli per lo smaltimento rifiuti e per le utenze). Erano stati elaborati alcuni indicatori per confrontare le performance a livello di aziende sanitarie e ospedaliere.

Su questo settore anche il Dl 66/2014 prevedeva effetti significativi da una migliore programmazione, evitando il ricorso a proroghe dei contratti e a un riferimento ai consumi storici, e grazie al ricorso al benchmark con lo sviluppo dei sistemi a rete, di acquisti centralizzati e di un monitoraggio dei contratti in esecuzione. Negli acquisti di beni non sanitari

2014, i magistrati hanno rilevato una contrazione nel complesso significativa (-4,4%). Particolarmente forte la riduzione degli acquisti nelle Regioni in Piano di rientro (-8%). In flessione, ma per importi molto più contenuti, anche la spesa per servizi non sanitari, un'area che da sola vale oltre 7,5 mld. In questo campo la flessione è in media di mezzo punto percentuale, ma con andamenti molto diversi tra tipologie di spesa e Regioni.

È il caso dei servizi informatici e assicurativi, che in media registrano cadute, rispettivamente, del 7 e dell'11,5 per cento. Sono, in entrambi i casi, le Regioni non in Piano a presentare le variazioni più significative. Più limitate le variazioni nel caso delle spese più connesse all'attività di ricovero e cura. Alla cresci-

ta delle spese per lavanderia (+1,3%) si contrappone una lieve flessione per le pulizie e la mensa. Andamenti che nascondono risultati territoriali molto diversi. Per esempio, nei servizi di pulizia alla flessione consistente (-8,9%) del Lazio fa riscontro una crescita di circa la stessa entità della spesa in Puglia; o nel caso dei servizi di lavanderia agli aumenti di Sicilia, Toscana e Molise (ben +29,5%) corrispondono le riduzioni di Sardegna e Valle d'Aosta, entrambe in flessione del 6 per cento. Ma si tratta di variazioni di livelli di spesa che dipendono dal volume di attività svolta. Di qui la necessità di elaborare indicatori di performance sull'efficacia della gestione. Una curiosità emerge dalla relazione: per i servizi di telefonia le Regioni in piano di rientro (e in particolare i singoli dipendenti) spendono il doppio. Un dato su cui riflettere (e su cui intervenire).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Taglio del 4,4% sugli acquisti

IN DISCESA ANCHE L'INTRAMOENIA

Costi del personale in calo dell'1%. L'esborso passa da 35,1 a 34,8 mld

I costi del personale continuano a scendere anche nel 2014 e passano complessivamente da 35,1 mld a poco più di 34,8 mld con una flessione di poco inferiore all'1 per cento. A pesare sul dato: la revisione delle dotazioni organiche, la proroga del tetto alla spesa per il personale dipendente (pari alla spesa 2004 diminuita dell'1,4%) disposta per il periodo 2010-2012 in attuazione del Patto per la salute 2010-2012 e poi prorogata al triennio 2013-2015; il blocco dei rinnovi contrattuali e il limite alla crescita dei trattamenti economici per gli anni 2011-2013 e poi esteso al

2014; la rideterminazione automatica dei fondi per il trattamento accessorio del personale in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio e il congelamento dell'indennità di vacanza contrattuale.

Nelle Regioni a statuto ordinario la spesa totale 2014 ammonta a 28,73 mld: 14,62 mld nel Nord, 6,9 mld nel Centro, 7,23 nel Sud. Nelle Regioni a statuto speciale il totale delle spese per il personale è di 6,067 mld: 2,053 mld al Nord e 4,014 al Sud.

Il calo è più deciso nelle Regioni in Piano di rientro (-1,5%): se il personale del ruolo sanitario si riduce in termini di costo di circa 1,3%, quelli del ruolo professionale, tecnico e amministrativo flettono, rispettivamente, del 3,4, 2,3 e 2,5 per cento. La spesa complessiva per il personale nelle Regioni in piano di rientro passa da 15,5 mld nel 2013 a 15,24 mld.

Nelle Regioni non in Piano di rientro il personale del ruolo sanitario perde lo 0,33%, il ruolo professionale vede un calo del -2,17%, il personale ruolo tecnico scende dello 0,03% e quello amministrativo dello 0,45% per un calo complessivo del totale delle spese per il personale pari a -0,31 per cento.

La spesa complessiva nelle Regioni non in piano di rientro passa da 19,62 mld a 19,56.

In flessione anche il contributo che proviene dall'attività intramoenia che tuttavia continua a offrire entrate marginali: a fronte di ricavi di poco superiori al miliardo (in flessione del 2,4% a livello complessivo e del 4,8% nelle Regioni in Piano), il saldo si riduce di solo mezzo punto percentuale. Ciò grazie a una contrazione delle compartecipazioni che nelle Regioni in Piano supera il 5 per cento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I risultati di esercizio anno 2014 (mln euro)

	Utile o perdita di esercizio	
		Prima delle coperture
Regioni in Piano	-98,7	-195,9
Regioni non in Piano	-670,2	-640,1
Totale	-768,8	-836,1
Rso	-37,5	-137,9
Rso Nord	14,5	19,1
Rso Centro	-243,9	-318,0
Rso Sud	191,9	161,0
Rss	-731,3	-698,2
Rss Nord	-417,4	-361,6
Rss Sud	-313,9	-336,6

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Nsis

I risultati di esercizio anno 2014 per Regione (mln euro)

Regione	Utile o perdita di esercizio		Regione	Utile o perdita di esercizio	
		Prima delle coperture			Prima delle coperture
Piemonte	47,4	47,2	Marche	74,7	69,1
Valle d'Aosta	-37,4	-2,7	Lazio	-345,3	478,7
Lombardia	9,9	9,9	Abruzzo	36,7	36,2
Pa Bolzano	-195,0	21,4	Molise	-57,7	-37,4
Pa Trento	-219,7	5,5	Campania	227,6	251,9
Veneto	30,2	6,3	Puglia	24,8	24,8
Friuli V.G.	34,8	13,7	Basilicata	2,2	2,2
Liguria	-73,7	-72,8	Calabria	-41,6	58,0
Emilia R.	0,7	0,4	Sicilia	9,4	10,1
Toscana	3,1	3,1	Sardegna	-323,4	-278,3
Umbria	23,4	23,4	Italia	-768,8	670,8

Fonte: Corte dei conti

La spesa sanitaria nei documenti di finanza pubblica

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Def aprile 2015	112.526	112.215	110.422	110.044	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709	120.094
Def aprile 2014	112.526	111.094	109.611	109.254	111.474	113.703	116.149	118.680		
Nota Def settembre 2013	112.526	111.593	110.842	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789		
Def aprile 2013	112.526	111.593	110.842	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789		
Nota agg. Def ottobre 2012	112.742	112.039	113.597	112.327	112.421	115.397				
Def aprile 2012	112.742	112.039	114.497	114.727	115.421	118.497				
Relazione al Parlamento dicembre 2011	113.457	114.941	117.491	119.602	121.412					
Def aprile 2011	113.457	114.836	117.391	122.102	126.512					

Fonte: Corte dei conti su dati Istat

I costi del Servizio sanitario per funzioni di spesa (anno 2014, valori assoluti in milioni di euro)

	Acquisti di beni	Manutenzioni e riparazioni	Assistenza sanitaria di base	Farmaceutica	Specialistica	Riabilitativa	Integrativa	Ospedaliera	Altre prestazioni	Altri servizi sanitari	Altri servizi non sanitari	Totale spese di personale	Totale costi
Regioni in Piano	7.283,8	845,0	3.296,6	4.319,1	2.540,3	1.148,2	991,0	4.433,8	2.481,5	1.297,6	91,9	15.238,6	49.047,5
Regioni non in Piano	8.660,4	1.221,1	3.334,2	4.051,2	2.202,4	680,6	837,7	4.142,9	4.868,2	2.098,4	130,4	19.563,4	58.756,3
Totale	15.944,1	2.066,2	6.630,8	8.370,3	4.742,7	1.828,8	1.828,6	8.576,8	7.349,7	3.395,9	222,3	34.802,0	107.803,8
Rso	13.552,8	1.736,1	5.573,5	7.018,1	4.018,9	1.523,5	1.461,6	7.632,0	6.499,0	3.023,7	185,0	28.734,7	91.351,1
Rso Nord	6.477,4	925,0	2.591,6	3.142,7	1.997,7	507,1	627,2	3.963,3	4.343,2	1.688,7	95,8	14.621,2	46.309,7
Rso Centro	3.467,8	397,8	1.288,0	1.695,0	738,5	378,9	397,1	1.715,8	1.309,6	803,5	37,7	6.881,4	21.806,4
Rso Sud	3.607,7	413,4	1.694,0	2.180,4	1.282,6	637,5	437,4	1.952,9	846,1	531,4	51,5	7.232,0	23.235,1
Rss	2.391,3	330,0	1.057,3	1.352,2	723,8	305,3	367,0	944,8	850,8	372,3	37,3	6.067,3	16.452,7
Rss Nord	713,6	126,5	258,8	317,3	88,2	76,1	96,8	147,0	311,6	164,4	17,6	2.053,3	4.970,8
Rss Sud	1.677,7	203,6	798,5	1.034,9	635,6	229,2	270,2	797,7	539,2	207,8	19,7	4.014,0	11.481,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Nsis

PIANI DI RIENTRO**Informazioni veloci e precise
sul «Tavolo di monitoraggio»**

I verbali dei Tavoli di monitoraggio evidenziano nelle Regioni in Piano di rientro un miglioramento nella gestione complessiva della sanità. Secondo la Corte dei conti alcune realtà regionali (Calabria e Campania) hanno compiuto notevoli passi avanti per superare le numerose criticità relative ai flussi informativi, consentendo così una puntuale valutazione da parte dei Tavoli; mentre l'utilizzo più ampio della tessera sanitaria e il ricorso alle ricette dematerializzate hanno facilitato i controlli delle performance a livello locale, consentendo, da un lato, una valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni e, dall'altro, un controllo sugli aventi diritto a esenzioni con il conseguente recupero delle somme dovute relativamente agli esercizi trascorsi.

Non mancano tuttavia criticità e limiti. Secondo la Corte «ritardi diffusi» riguardano il completamento delle procedure di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni per il servizio sanitario, la definizione e il perfezionamento del processo di sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati, la definizione o il rinnovo dei protocolli di intesa con Università statali o non statali. A questi si accompagnano i ritardi nella fissazione delle tariffe e dei tetti di spesa, elementi essenziali della programmazione regionale in quanto basati, da un lato, sull'identificazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e, dall'altro, sul rispetto dei vincoli finanziari.

Con una gestione più efficace la Corte dei conti registra anche «una netta riduzione delle perdite» nel 2014 rispetto al 2013. Per cinque Regioni (Piemonte, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia) l'esercizio si chiude in utile già prima delle coperture.

Per due (Lazio e Calabria) le coperture consentono di garantire risorse superiori al necessario. Solo il Molise continua a presentare risultati negativi e a richiedere ancora la copertura dei disavanzi pregressi.

La Corte, tuttavia, osserva come la crescita del finanziamento (indistinto e vincolato) di 1,1 miliardi rispetto al 2013 «sia alla base di un tale forte riequilibrio. Un dato che si è tradotto per circa 700 milioni in un miglioramento del conto economico e per la restante parte ha permesso un alleggerimento del vincolo di bilancio».

**Ancora forti ritardi
sull'accreditamento**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CANTIERE ACCORDI

E spuntò il Patto digitale

La bozza: aree e finanziamenti aspettando il Master plan

Arriva finalmente in Conferenza Stato-Regioni il «Patto per la sanità digitale» predisposto dal ministero. Il cosiddetto «patto nel patto» che dovrebbe dare attuazione all'e-health made in Italy secondo una precisa tabella di marcia.

MAGNANO A PAG. 9

TRASMESSO DAL MINISTERO ALLA STATO-REGIONI

Spunta il Patto per la sanità digitale

Le raccomandazioni sulla mobile-health del Comitato nazionale per la bioetica

1. Elaborazione di criteri condivisi a livello internazionale per classificare software usati come dispositivi medici
2. La promozione di una ricerca interdisciplinare tra informatici, progettisti e medici, insieme a esperti di etica, scienze cognitive e sociali, nella fase di progettazione, sperimentazione e valutazione delle applicazioni in funzione della tutela della salute, della privacy e della autonomia
3. Incentivazione agli sviluppatori e alle industrie a produrre app effettivamente utili e affidabili per la salute dei cittadini
4. Identificazione di responsabilità delle compagnie/industrie che producono app, ponendo come requisiti alla progettazione la sicurezza e la minimizzazione della raccolta dei dati e nei limiti possibili, l'anonimizzazione dei dati
5. Istituzione di un osservatorio per il monitoraggio delle app
6. La promozione di un'appropriate informativa e una trasparente comunicazione all'utente
7. Implementazione della informazione ed educazione dei medici su mobile-health
8. Promozione di studi sull'impatto dell'uso delle app, con specifica attenzione alle implicazioni sull'identità personale e relazionale
9. Monitoraggio e un'adeguata educazione delle categorie particolarmente vulnerabili (minori, anziani, disabili)
10. La promozione sociale di un uso critico delle nuove applicazioni per la salute nel contesto di un equilibrato rapporto con il proprio corpo e la propria salute, evitando forme di salutismo e di medicalizzazione, incentrate sulla sola dimensione della salute come benessere fisico

Arriva finalmente sul tavolo della Conferenza Stato-Regioni il «Patto per la sanità digitale» predisposto dal ministero. Il cosiddetto «patto nel patto» - previsto dal Patto per la salute 2014-16 - che dovrebbe dare attuazione all'e-health made in Italy secondo una precisa tabella di marcia.

Il documento elenca una serie «non esaustiva» di priorità: dai servizi per la continuità assistenziale (patient workflow management e patient relationship management) alle nuove piattaforme «information intensive» su misura per gli utenti (taccuino personale del cittadino).

Attraverso le soluzioni e-health, il documento programmatico promette una riorganizzazione della rete assistenziale, per favorire la deospedalizzazione e potenziare il territorio. E la telemedicina sarà la chiave di volta per la presa in carico della cronicità (e non solo), con la possibilità di trasmettere a distanza parametri clinici interpretati e gestiti dai professionisti sanitari all'interno di piani individuali calibrati sul paziente. Via libera quindi a teleconsulto, teleriferazione, tele-diagnosi, telemonitoraggio, te-

leriabilitazione. Il tutto integrato con il Fascicolo sanitario elettronico.

Cartella clinica condivisa e nuovi modelli organizzativi anche per le cure primarie. Sistemi informativi ospedalieri integrati, modelli e soluzioni per la clinical governance. E la «rivoluzione» digitale dovrà coinvolgere anche la logistica del farmaco (farmaco a casa e monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni).

In un'ottica di ottimizzazione dei costi, tra le priorità del Patto è stata inserita anche la condivisione a livello centrale dei dati d'acquisto e di consumo di beni e servizi del Ssn «che consenta un monitoraggio tempestivo e puntuale della spesa sanitaria, favorendo così l'individuazione di ulteriori aree di razionalizzazione e centralizzazione».

Per vigilare sull'effettivo raggiungimento degli obiettivi del Patto e predisporre un primo «Master plan», è prevista l'istituzione di una Cabina di regia ad hoc (15 membri al massimo), formata da esperti del ministero della Salute e dello sviluppo economico, Mef,



Regioni, Agid, Aifa e Agenas. Ma anche di altre categorie di stakeholder interessati.

La Cabina di regia terrà inoltre sotto stretta osservazione un pacchetto di sperimentazioni e progetti pilota che saranno poi condivisi sul portale del [ministero della Salute](#), per creare un archivio pubblico delle best practice realizzate.

Finanziamenti: stop allo spreco di risorse. Un piano strategico di sanità elettronica che richiederà una quantità significativa di risorse economiche dedicate. Ma alla luce delle esperienze del passato e della situazione economica attuale, il Patto mette la parola fine agli investimenti improduttivi. Andrà quindi rivisitato, si legge nel documento programmatico, il «concetto di digitalizzazione al fine di evitare inutili applicazioni, dispersione di risorse o finanziamento di progetti non replicabili. Occorre una strategia condivisa in cui alcuni soggetti sperimentino e, a risultati positivi ottenuti, aiutino altri soggetti cointeressati alla diffusione delle piattaforme».

E i fondi? «Nell'ambito dei fondi i meccanismi di ammortamento degli investimenti in innovazione digitale - si legge nel Patto - potranno essere sicuramente agevolati attraverso una rimodulazione o una deroga, anche parziale, del Dl 118/2011 e la possibilità di prevedere dei fondi preferenziali o vincolati per ciò che riguarda l'ex articolo 20, legge 67/1988». Ma le fonti potranno essere molteplici: dai fondi strutturali nel quadro delle azioni di «procurement pre-commerciale» a fondi ad hoc stanziati da Stato, Regioni, Ue (Horizon 2020, Banca europea investimento).

Spazio anche alle iniziative private attraverso modelli di project financing e performance based contracting, un modello che prevede la remunerazione dei fornitori sulla base di obiettivi predefiniti e misurabili.

Quasi in contemporanea il Comitato nazionale per la bioetica ha pubblicato il parere sulla mobile health con un decalogo finale a tutela della privacy e del benessere dei pazienti. Perché la sanità digitale è una grande chance ma va sfruttata con le dovute cautele.

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RSALUTE

Osservatorio. I dati dell'ultimo rapporto sono scoraggianti. In Italia si spende poco per ammodernare il sistema. Eppure soltanto con la Cartella clinica elettronica si risparmierebbero 1,6 miliardi di euro all'anno. E tempo e carta

La Sanità fuori dal digitale

Soltanto il 13 per cento dei cittadini ha prenotato le prestazioni on line

SIMONE COSIMI

Un risultato, il 2014, l'ha lasciato in eredità. La spesa per la digitalizzazione della sanità è tornata a crescere con un +17% sull'anno prima. Sono 1,37 miliardi investiti in buona parte sulla Cartella clinica elettronica (58 milioni di euro) e sui sistemi di "disaster recovery", cioè di recupero dell'operatività e della continuità del servizio degli ospedali dopo black out e incidenti vari (40 milioni), fronti su cui anche nel 2015 si continuerà a scommettere. Seguono i meccanismi di gestione documentale e degli archivi e anche i medici di base stanno facendo passi avanti. La telemedicina rimane al palo con un solo 6% che ha già usato per il monitoraggio a distanza o il teleconsulto con altri specialisti.

Sono solo alcuni dei dati contenuti nell'ultimo rapporto dell'Osservatorio "Innovazione digitale in sanità" della School of management del Politecnico di Milano con la collaborazione di Doxapharma e Fimg. L'impegno rimane tuttavia ancora limitato: per ammodernare la sanità pubblica si spende infatti solo l'1,3% del totale destinato al comparto. Troppo poco, tenendo conto del fatto che i benefici sarebbero straordinari, specialmente in tempi di revisione della spesa. Se in tutti gli ospedali italiani fosse diffusa la Cartella clinica elettronica si risparmierebbero 1,6 miliardi di euro l'anno. Ancora: se gli utenti potessero sfruttare un'offerta completa di servizi digitali, dal download dei referti via web alla prenotazione online di esami e visite (in una parola, il famoso Fascicolo sanitario elettronico), le strutture sanitarie risparmierebbero 350 milioni l'anno. Ai cittadini rimarrebbero in tasca 5 miliardi di tempi e spostamenti evitati. Stesso discorso (100 milioni in meno) per i servizi web nelle farmacie.

«L'innovazione digitale è una leva per fermare quel deterioramento che sta ren-

dendo qualitativamente inaccettabili ed economicamente insostenibili i servizi del nostro sistema sociosanitario e il governo sembra finalmente muoversi», commenta Mariano Corso, responsabile scientifico dell'Osservatorio. Peccato che il momento resti complicato: «Ma siamo ancora di fronte al rischio di uno stallo istituzionale che rischia di impedire di passare dai patti ai fatti - continua Corso - occorre sostituire la tradizionale governance frammentata dell'innovazione non con una centralizzata, bensì con un modello partecipato, in cui il governo sia regolatore di alto livello e alle Regioni sia dato il compito di promuovere la crescita digitale. L'istituzione da parte della Conferenza delle Regioni della Commissione speciale Agenda digitale può dare un contributo».

Emblema di questo stallo è il Fascicolo sanitario elettronico: il decreto attuativo del 2012 langue da 22 mesi e, a quanto pare, l'Agenzia per l'Italia digitale e palazzo Chigi avrebbero deciso di far slittare la scadenza del 30 giugno al prossimo dicembre. Nel frattempo alcune regioni si sono mosse da sole: dall'Emilia-Romagna col sistema Sole alla Lombardia passando per la Toscana, la Sardegna e la Provincia autonoma di Trento con la piattaforma TreC, dispongono di piattaforme dedicate e accessibili. Altre regioni, dal Friuli-Venezia Giulia al Lazio passando per Puglia, Piemonte e Veneto, stanno invece lavorando o hanno implementato singole parti del pacchetto-servizi, magari delegando alle Asl. I cittadini che hanno dato l'assenso alla gestione delle informazioni on-line sono appena 10 milioni e non è detto siano utilizzatori effettivi.

Bassi infatti i dati sull'uso: solo 13 cittadini su cento hanno prenotato online le prestazioni. Né meraviglia la scarsa informazione sui vantaggi del Fascicolo sanitario elettronico. Secondo Doxa l'83 per cento della popolazione italiana non ne ha mai sentito parlare e l'88% non sa se è attivo nella propria Regione. Il 95% non ha mai cercato informazioni sul tema.

E anche sul web non va meglio: secondo Voices from the Blogs su 400mila commenti sui social inerenti il tema salute digitale, solo l'11 per cento ha come tema il Fascicolo.



Il budget

Nel 2014 la spesa è tornata a crescere facendo segnare +17% sull'anno precedente. Totale 1,37 miliardi di euro



Fascicolo

Il progetto è bloccato. Se fosse disponibile per tutti i cittadini si risparmierebbero 5 miliardi, le strutture 350 milioni



I medici

Per quelli di famiglia la telemedicina è sperimentale: il 6% si è consultato con colleghi o monitora pazienti a distanza



La spesa

L'ammodernamento della sanità italiana è insufficiente: solo l'1,3% della spesa totale è destinato alla digitalizzazione

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LABORATORI HUB&SPOKE

Microbiologia risparmiosa

Più efficienza e prestazioni migliori: la proposta Amcli

In un convegno promosso a Torino da Amcli il punto sui modelli organizzativi più efficaci ed economicamente sostenibili: dalla proposta "hub&spoke" al "centralismo bolognese". Tra le scommesse la partnership con l'industria biotecnologica e i decisori politici.

3 mld
L'impatto della Medicina di laboratorio sulla spesa sanitaria

1,66 mld
Il mercato italiano della diagnostica in vitro nel 2013

A PAG. 14-15

Revisione all'insegna del criterio "hub&spoke": la proposta Amcli declinata nelle Regioni

La microbiologia cambia volto

I criteri: appropriatezza, chiarezza nei ruoli e riorganizzazione dei centri

«Questo è il momento decisivo in cui le cose possono evolvere in meglio: la crisi è una grande opportunità e qualcuno la sta finalmente cogliendo. Il parametro più importante è l'onestà intellettuale e la dichiarata volontà di iniziare a spendere meno ma con maggiore lungimiranza là dove si può. Utilizzando l'innovazione dove e quando serve, guardando a efficienza e appropriatezza». Suona più o meno così il messaggio lanciato a fine maggio dai microbiologi Amcli, riuniti a Torino per fare il punto sul futuro della loro disciplina alla luce della riorganizzazione, necessaria, del Servizio sanitario nazionale.

Una sfida di non poco conto, considerando le grandi partite in campo, come lo sblocco dei nuovi standard ospedalieri finalmente pubblicati in Gazzetta Ufficiale, i tagli al finanziamento del Ssn e il monito della Corte dei conti a riscrivere il nuovo Patto per la salute, bussola necessaria per riorganizzare il welfare (v. pag. 2-4 e 9). Temi su cui i microbiologi dell'Amcli sono decisi a "mettere la faccia", rilanciando la loro proposta di linee guida secondo un modello "hub&spoke" che rivede modalità di erogazione del servizio, formazione e investimenti in tecnologia. All'insegna di una rivalutazione delle competenze e di una nuova doppia partnership: da un lato con i decisori politici, cui i clinici chiedono tavoli dove disegnare insieme le riorganizzazioni attuali e future dei servizi; dall'altro con le imprese del biomedicale, in cui il valore delle tecnologie acquistate sia anche frutto del passaggio logico dalla tariffa per prestazione al costo dell'intero processo.

Non mancano, insieme alle best practice presentate in queste pagine, le difficoltà: sia di natura culturale - con le resistenze di una parte dei professionisti ad abbandonare piccoli potentati - sia di natura organizzativa, come gli "intoppi" nei processi di trasmissione dei referti e della comunicazione tra Unità operative e tra professionisti. E intanto il 78% dei microbiologi, sottolinea il presidente Amcli, Pierangelo Clerici, svolge la sua attività in laboratori misti. È ora di cambiare, e forse converrà a tutti.

Non mancano, insieme alle best practice presentate in queste pagine, le difficoltà: sia di natura culturale - con le resistenze di una parte dei professionisti ad abbandonare piccoli potentati - sia di natura organizzativa, come gli "intoppi" nei processi di trasmissione dei referti e della comunicazione tra Unità operative e tra professionisti. E intanto il 78% dei microbiologi, sottolinea il presidente Amcli, Pierangelo Clerici, svolge la sua attività in laboratori misti. È ora di cambiare, e forse converrà a tutti.

resistenze di una parte dei professionisti ad abbandonare piccoli potentati - sia di natura organizzativa, come gli "intoppi" nei processi di trasmissione dei referti e della comunicazione tra Unità operative e tra professionisti. E intanto il 78% dei microbiologi, sottolinea il presidente Amcli, Pierangelo Clerici, svolge la sua attività in laboratori misti. È ora di cambiare, e forse converrà a tutti.

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO PIEMONTE

Torino punta sulla Città della Salute

Il progetto di riorganizzazione delle attività di Microbiologia nell'ambito della Città della Salute e della Scienza di Torino è un importante obiettivo regionale e aziendale. Al fine di redigere e condividere il progetto di riorganizzazione, è stato costituito un tavolo tecnico di Microbiologia - deliberato dalla direzione generale dell'Aou - composto da dirigenti, tecnici di laboratorio biomedico, coordinatori tecnici e amministrativi afferenti ai tre presidi della Città della Salute (Molinette, Oirm/S. Anna e Cto).

In primo luogo, il tavolo tecnico ha proceduto all'esame della situazione attua-

le in cui l'attività di diagnosi microbiologica è svolta nei tre presidi con l'obiettivo finale di centralizzare tutta l'attività presso la sede Molinette di corso Bramante, lasciando esclusivamente due incubatori per emocoltura per la diagnosi di infezioni invasive del circolo ematico controllabili da remoto nei presidi Oirm/S. Anna e Cto.

Più in dettaglio, gli obiettivi articolati del progetto sono:

1) sostenibilità dell'attività assistenziale attuale, dei turni di lavoro e delle reperibilità del personale;

2) miglioramento dell'attività diagnostica in termini di livello delle prestazioni, utilizzo di tecniche diagnostiche avanzate e impatto sulla gestione clinico-terapeutica dei pazienti;

3) apertura del laboratorio il sabato e la domenica e oltre le ore 16 durante la settimana;

4) valorizzazione delle competenze dei dirigenti e dei tecnici.

Il lavoro del tavolo tecnico ha tenuto in considerazione quali requisiti di base per la riorganizzazione alcuni aspetti attualmente

in fase di definizione e attuazione a livello aziendale e di struttura complessa Microbiologia e Virologia, in particolare: il sistema informatico unico (Llu o laboratorio logico unico), le esigenze di adeguamento strutturale ed edilizio (ristrutturazione di alcuni locali facenti parte di un'ala del laboratorio della sede Molinette di corso Bramante e il potenziamento degli aspetti logistici (modalità e tempi di invio e conservazione dei campioni clinici al laboratorio in relazione alle esigenze di tempestività di refertazione, il cosiddetto turn-around-ti-



me o Tat).

Le attività di diagnostica microbiologica si articolano in tre macroaree: Batteriologia, Virologia e Sierologia.

La macroarea Batteriologia attualmente opera sui tre presidi (numero di analisi svolte annualmente: 230.340 presso la sede Molinette, 157.900 presso Oirm/S. Anna e 46.500 presso Cto); tutta l'attività sarà trasferita alle Molinette, in particolare il Cto entro fine 2015 e l'Oirm/S. Anna entro fine 2016 per un volume finale complessivo di attività di quasi 435.000 esami/anno.

Le attività della macroarea Virologia sono già centralizzate alle Molinette, nello specifico la diagnosi di infezioni virali mediante tecniche di biologia molecolare presso i locali di corso Bramante e la diagnostica virologica cellulare (colture cellulari, risposta immunitaria virus-specifica) presso i locali universitari di via Santena, che rappresentano in particolare il polo di ricerca clinica e di base della struttura e la sede dedicata alla sperimentazione di nuove tecnologie. Nel complesso la macroarea Virologia effettua circa 23.000 esami/anno.

La macroarea Sierologia svolge attività di diagnosi indiretta delle infezioni mediante determinazione della risposta anticorpale specifica. La Sierologia dell'Oirm/S. Anna è già stata trasferita alle Molinette e l'attività, attualmente gestita in modo autonomo, verrà unificata entro fine 2015, data entro cui verrà trasferita anche la Sierologia del Cto. Le analisi eseguite annualmente sono 133.800 per le Molinette, 97.400 per Oirm/S. Anna e 50.400 per Cto; arrivando al termine del progetto a un numero complessivo di oltre 281.600 analisi/anno centralizzate presso la sede Molinette di corso Bramante.

Il progetto consentirà di razionalizzare, ottimizzare e valorizzare l'impiego delle risorse umane, strumentali ed economiche con erogazione di servizi di diagnostica di elevato livello qualitativo in tempi adeguati e utilizzando le migliori tecnologie disponibili al fine di soddisfare le esigenze di salute della popolazione afferente alla Città della Salute e della Scienza.

Rossana Cavallo

*direttore Uoc Microbiologia e Virologia Aou
Città della Salute e della Scienza - Torino*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO VENETO

«Praterie di risparmio» se si cambia mentalità

È ormai accertato che l'aumentata mobilità di popolazioni appartenenti ad altri continenti è in costante crescita con conseguente incremento di patologie infettive rare, inoltre stiamo assistendo a una circolazione sempre più frequente di batteri multiresistenti. Tale situazione richiede competenze qualificate con investimenti sia sul piano della formazione che su quello tecnologico. Contemporaneamente la crisi economica e i tagli alla sanità obbligano tutti noi a esplorare nuove soluzioni per fronteggiare questo difficile momento.

Proprio in questa ottica, la nostra associazione (Amcli) ha pubblicato un documento: «Linee di indirizzo per la riorganizzazione dei servizi di Microbiologia e Virologia nel Servizio sanita-

rio nazionale» che propone un modello di rete microbiologica su più livelli.

In Veneto è stato prodotto un documento che si avvicina al modello di rete (hub-spoke) proposto da noi, ma che andrebbe perfezionato per renderlo veramente applicabile.

Inoltre, sempre la Regione Veneto, in collaborazione con l'Università Ca' Foscari di Venezia e l'Ulss 9 di Treviso ha istituito un gruppo di lavoro per esplorare la possibilità di proporre un modello per il calcolo dei costi standard in alcuni ambiti sanitari. In particolare noi ci occupiamo di valutare i costi in ambito microbiologico.

Dopo qualche mese di lavoro, mi sono reso conto che ancora una volta i periodi di crisi, pur creando profondi disagi, danno l'opportunità di rivedere i modelli organizzativi arrivando anche a risparmiare aumentando la qualità del servizio offerto. Ciò è possibile intervenendo pesantemente sia in ambito organizzativo che in quello della appropriatezza.

Il progetto che ho proposto alla Regione Veneto e ai direttori generali è quello del sistema di una rete integrata tra le tre Ulss della Provincia di Treviso che non prevede la chiusura dei singoli laboratori di Microbiologia, ma la eliminazione delle duplicazioni ad alto investimento tecnologico ottenendo così un notevole risparmio economico.

La riorganizzazione dei flussi prevede l'aggregazione delle diagnostiche sparse nei vari Ospedali della Provincia creando centri di alta competenza specifica aumentando la qualità, in alcuni casi riducendo i tempi di risposta e razionalizzando l'impiego delle risorse umane. Il progetto prevede l'utilizzo di automazione a basso costo collegata con telecamera che permette il controllo totale dei processi diagnostici in ogni punto della rete. È facile intuire che ogni dirigente appartenente a questa rete è in grado di refertare con firma digitale qualunque referto, in totale sicurezza, anche se prodotto in altro ospedale. Questa organizzazione consente di ottenere un dirigente specialista in microbiologia a disposizione 24 ore su 24 senza alcun aggravio di spesa. Sono convinto che c'è spazio per risparmiare, anzi, ci sono "intere praterie" su cui lavorare ma è necessario uscire dai vecchi schemi e avere la voglia di cambiare.

Roberto Rigoli

direttore Uoc Microbiologia Ospedale di Treviso

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO LOMBARDIA

La rivoluzione dei laboratori parte da Milano

La Regione Lombardia ha dato avvio a un processo di riordino che comporterà la creazione di una rete di laboratori a livello interaziendale per realizzare "appropriatezza organizzativa" ed economie di scala, consolidando la professionalità degli operatori e salvaguardando le attuali eccellenze del sistema. Il riordino avverrà secondo principi, peraltro contenuti anche in un documento proposto dalla Fismelab.

La creazione della rete di laboratori favorirà la specializzazione e la crescita professionale degli operatori e porterà al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- maggiore efficienza produttiva con realizzazione di masse critiche ed economie di scala;
- incremento della qualità delle prestazioni in termini di esecuzione e di competenze culturali e professionali;
- realizzazione di organizzazioni produttive con garanzia che le prestazioni delle

varie "discipline" siano afferite alla responsabilità dei relativi specialisti di branca;

- rafforzamento del rapporto tra i clinici e laboratoristi.

La prima fase del riordino riguarda la città di Milano, ambito metropolitano caratterizzato da una grande concentrazione di presidi ospedalieri di elevata complessità assistenziale e forte potere di attrazione di utenza regionale ed extraregionale. Sulla base dei dati raccolti, il Comitato regionale per i servizi di medicina di laboratorio (Cresmel), organismo di supporto tecnico coordinato dalla Dg Salute composto da esperti delle Discipline della Medicina di laboratorio, ha elaborato dei criteri scientifico-professionali per il riordino dei laboratori pubblici della Città con le seguenti linee guida:

- garanzia di tempi rapidi, compatibili con le esigenze cliniche, per le analisi urgenti e consolidamento delle indagini specialistiche (esempio Biologia molecolare in Microbiologia) fruibili ai componenti della rete;
- consolidamento a livello sovraziendale delle analisi non urgenti, comprese le indagini microbiologiche da eseguirsi solo in alcuni laboratori "specializzati";
- garanzia che le prestazioni delle diverse branche di laboratorio siano afferite alla responsabilità dei relativi specialisti di branca;
- realizzazione di una organizzazione a gestione sovraziendale che possa integrare al meglio le competenze e le risorse umane e strumentali delle varie aziende ospedaliere/Irccs.

La progettualità iniziale, in via sperimentale, prevede:

- il mantenimento delle attività di laboratorio nei presidi che per loro mission necessitano di un supporto diagnostico attivo. In detti presidi sono garantite le prestazioni urgenti nelle fasce orarie notturne e festive per le sottobranche di Biochimica

clinica e tossicologia, Microbiologia e virologia, Ematologia e coagulazione;

- il mantenimento, negli stessi presidi, durante l'attività diurna routinaria, per le stesse prestazioni erogate in regime di urgenza e anche per altre prestazioni che, per affinità di esecuzione e di campionamento, possono essere comprese in un pannello più esteso;
- l'invio presso centri di consolidamento di altre tipologie di prestazioni, che richiedono tempi di risposta meno immediati e che, per la natura metodologica, rendono opportuno un loro raggruppamento;
- il raggruppamento in uno o più centri specialistici di ulteriori tipologie di prestazioni caratterizzate da una natura specialistica sia in termini di scarsa numerosità di richiesta che di complessità metodologica di esecuzione.

Sono previsti pertanto:

- centri di consolidamento che erogano prestazioni di diverse tipologie;
- laboratori satelliti che erogano prestazioni relative ai pannelli di urgenza e urgenza allargata;
- laboratori in grado di garantire il consolidamento e l'erogazione di prestazioni di alta specialità.

L'operatività del sistema è garantita con un modello che prevede la presenza di personale tecnico in guardia attiva anche nelle ore notturne, nelle diverse sedi che devono essere presidiate e la presenza di personale laureato dirigente, in guardia nei laboratori di consolidamento, con compiti di validazione e firma digitale dei referenti anche a distanza e con la disponibilità sulla rete cittadina di specialisti microbiologi che, sulle 24 ore, possano intervenire in risposta alle necessità e alle esigenze dei diversi ospedali.

Nadia Da Re

*coordinatore Comitato regionale
per i servizi di medicina di laboratorio -
Regione Lombardia*

© RIPRODUZIONE RISERVATA