

LA SICILIA

IL CASO della coppia che aspetta due gemelli di qualcun altro: per scoprire la verità sarà comparato il profilo genetico

Scambio di embrioni, si farà test Dna

Due impianti ravvicinati forse alla base dell'errore all'ospedale Pertini di Roma

GABRIELE SANTORO

ROMA. Presto si saprà la verità sul caso dei presunti embrioni scambiati durante una procedura di fecondazione assistita all'ospedale Pertini di Roma: nel corso di una riunione-fiume tra la direzione della Asl, la commissione regionale d'inchiesta e gli esperti inviati dal ministero della Salute si è deciso di procedere a una comparazione tra il Dna delle quattro coppie che si sono sottoposte al trattamento lo scorso 4 dicembre al Pertini e il materiale genetico conservato al Sant'Anna di Roma. Lì dove, cioè, a seguito di una villocentesi, a una delle quattro coppie è stato detto di essere sì in dolce attesa di due gemelli, ma che essi non avevano nulla di geneticamente compatibile con loro. In sostanza: la donna era incinta dei gemelli di qualcun altro.

«Questo test - ha affermato il direttore della Asl Roma B Vitaliano De Salazar - darà una risposta attendibile. Così dicono i genetisti, come il professor Novelli della commissione regionale. Chiedevamo da molto tempo di poter effettuare questo test: già tra qualche giorno si potrà cominciare a capire cosa è successo, e questo dovrebbe riportare serenità». In sostanza la Asl ha contattato tutte le coppie coinvolte nella vicenda, e col via libera dell'avvocato Michele Ambrosini, legale della coppia che ha sollevato il caso, si procederà ora a verificare se i villi coriali prelevati al terzo mese di gravidanza (cioè una parte della placenta che contiene informazioni genetiche sul feto) sono o meno compatibili con una delle altre tre coppie del 4 dicembre, nel qual caso, si riflette, l'ipotesi più plausibile è che al Pertini possa essere stato commesso un errore nella procedura, forse dovuto a una quasi omonimia di due delle coppie, forse al fatto che le pratiche sarebbero avvenute in tempi molto ravvicinati. In ogni caso le procedure nel Centro procreazione medicalmente assistita del Pertini saranno sottoposte a verifica, come è stato concordato con gli ispettori del Ministero.

Sulla vicenda dei presunti embrioni scambiati però non è neanche escluso che i villi risultino non compatibili con nessuna delle coppie in questione, e allora prenderebbe piede l'ipotesi che l'errore (come uno scambio di referti) possa esser stato commesso invece al Centro per la Tutela della Salute della Donna e del Bambino «Sant'Anna». Una decisione, quella di procedere a questa verifica, che non è stata affatto facile da raggiungere e che solo in serata è stato

I DUBBI

Ora cresce la psicosi Tanti chiedono le analisi

ROMA. «Ma ora come faccio a sapere se questo bimbo è veramente mio figlio?». Un dubbio, seppur illegittimo, che sfocia in una paura irrazionale: avere in grembo o avere cresciuto un bimbo che del proprio Dna ha ben poco. Il centralino del Sandro Pertini, l'ospedale romano al centro di un presunto scambio di embrioni avvenuto durante una fecondazione assistita, ieri mattina è stato preso d'assalto da decine di coppie che si sono rivolte al nosocomio per la fecondazione assistita e ora sono in attesa di un bimbo o hanno già avuto un figlio. Coppie spaventate dalla vicenda dello scambio di provette o di referti e che in sostanza ora vede una donna avere in grembo due gemelli di un uomo che non è suo marito. Tante e convulse le telefonate che l'ospedale ha dovuto fronteggiare cercando di dare indicazioni e rassicurazioni. L'unità di fisiopatologia per la riproduzione e la sterilità dell'ospedale Sandro Pertini ha operato in sostanza per dieci anni e ha permesso a centinaia di coppie di avere figli: aperta nel 2004 è stata chiusa nel dicembre scorso su decisione della Regione Lazio dopo la denuncia della coppia. L'ospedale intanto sta effettuando una serie di accertamenti per verificare l'esattezza degli esami eseguiti dalla coppia di genitori dei due gemelli che ha denunciato il caso, verifiche che la struttura vuole fare accuratamente ma anche rapidamente per «tranquillizzare tutte le coppie che si sono rivolte al nostro centro». Il timore è che a giorni, se la psicosi del «figlio di chi» si propagherà, l'ospedale potrebbe essere subissato di richieste di esami del Dna. Tutti test che l'ospedale ha il dovere, anche etico, di garantire e infatti assicura: «saranno garantiti i test del Dna a chi ne farà richiesta».



UNA FASE DELLA TECNICA PER LA FECONDAZIONI ASSISTITA

possibile render nota: è servito raggiungere l'accordo tra i mille attori in campo, superando paure, resistenze, timori e diffidenze. «Gli esami - ha spiegato ancora De Salazar - saranno effettuati con procedure non invasive e ripetibili. Saranno svolti d'intesa tra la commissione della Asl RmB e il consulente della coppia». Che ieri ha riferito lo stato d'animo dei due futuri genitori: l'intenzione, ha affermato l'avvocato Ambrosini, è sempre quella di portare a termine la gravidanza, ma «la signora è agitata, perché una situazione di questo genere crea ansie, paure e preoccupazioni. Chiede riservatezza: deve stare tranquilla per non mettere in pericolo la propria gravidanza». Per ora di risarcimenti, se non proprio di denunce penali, non si parla: «In questo momento - ha detto ancora Ambrosini - è l'ultima delle nostre preoccupazioni. Aspettiamo gli esiti della commissione, ma credo che la cosa più giusta prima di parlare di risarcimenti sia aspettare la nascita dei bambini».

Intanto, dopo la bocciatura della legge 40 da parte della Consulta, cresce il fronte di chi chiede subito delle nuove linee guida per regolamentare la fecondazione eterologa in Italia. A sollecitarle con urgenza sono ginecologi e avvocati, sottolineando che la decisione della Corte Costituzionale pone una serie di questioni che devono essere chiarite e normate, a partire da quale tipo di regolamentazione prevedere per i donatori di gameti.

Il legale della coppia valuta la possibilità di chiedere i danni. Ma prima la donna vuole portare a termine la gravidanza. Intanto ginecologi e avvocati chiedono le nuove linee guida per la fecondazione eterologa

«I ginecologi si rimettono alla decisione della Corte Costituzionale che permetterà, anche in Italia, la fecondazione assistita eterologa e siamo pronti a dare il nostro contributo per la stesura di nuove Linee guida», afferma il presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) Paolo Scollo, che ha inviato una lettera al ministero della Salute e alla Conferenza Stato-Regioni. Ma urge fare presto: «La decisione della Consulta apre, infatti - spiega Scollo - una serie di domande che devono trovare al più presto risposte». Si pone, innanzitutto, la questione dell'anonimato del donatore: in alcune nazioni, per esempio, il donatore deve rimanere anonimo mentre in altre è lo Stato che informa un individuo, nato in provetta, sull'identità del padre naturale. Altra questione è quella relativa alla donazione di gameti: i ginecologi si chiedono se dovrà o meno essere gratuita, e se lo sarà eventualmente solo nei centri pubblici o anche in quelli privati. Si pongono pure questioni etiche e giuridiche, come il prevedere se la donna possa o meno cambiare idea in merito alla gravidanza una volta effettuata la fecondazione eterologa.

E il caso dell'ospedale Pertini di Roma ha acceso i riflettori anche sull'aspetto relativo alla sicurezza delle pratiche di fecondazione, tanto più in vista dell'applicazione dell'eterologa. Un aspetto questo, tuttavia, che secondo gli esperti sarebbe già tutelato dalle regole attuali, «se solo fossero applicate correttamente».

**Il caso embrioni
Lorenzin:
«Quei bambini
li sentirei miei»**

Carla Massi

Il pensiero di Beatrice Lorenzin va alle donne. A quelle coinvolte nella vicenda dell'ospedale Pertini di Roma,

a quelle che hanno avuto un figlio con la fecondazione assistita e ora, sull'onda dell'emozione, sono sfiorate da paure e dubbi, a quelle che si stanno sottoponendo al trattamento. «Penso al loro dolore, al dramma che stanno vivendo», dice il ministro della Salute.



A pag. 12

**Il ministro Lorenzin
sul caso embrioni:
«Quei due gemelli
li sentirei miei»**

► «Nessuna psicosi: è il primo caso del genere e sarà anche l'ultimo. Chi ha sbagliato pagherà. Metteremo ordine nei centri del Lazio»

L'INTERVISTA

ROMA Il pensiero di Beatrice Lorenzin va alle donne. A quelle coinvolte nella vicenda dell'ospedale Pertini di Roma, a quelle che hanno avuto un figlio con la fecondazione assistita e ora, sull'onda dell'emozione, sono sfiorate da paure e dubbi, a quelle che si stanno sottoponendo al trattamento. «Penso al loro dolore, al dramma che stanno vivendo» dice il ministro della Salute. «A quello che hanno sopportato per avere un figlio ad ogni costo. Alle attese, alle speranze, alle delusioni dei loro ultimi anni». L'ospedale è assalito da coppie che vogliono fare il test con il loro bambino nato da fecondazione assistita, il caso Pertini ha minato certezze e seminato paure, che pensa di fare?

«Voglio fermare la psicosi anche se capisco i timori. Ma questo è stato un caso e sarà anche l'ultimo. Da noi, in Italia, la rete dei centri per la fecondazione assistita funziona e funziona bene». **Capisce che oggi, dopo quello che è accaduto, è difficile pensare all'efficienza, non crede?**

«Capisco, capisco. Ma posso assicurare che è così. Solo il Lazio non ha autorizzato i centri della procreazione assistita anche se, ovviamente, si sono adeguati ai requisiti minimi come le altre regioni. La certificazione da parte del Centro nazionale trapianti è iniziata nel 2014. Ricordiamo che la legge è del 2004».

Ma alle coppie, oggi, tutto questo forse non interessa. Si sono fidate. Se lei fosse al loro posto?

«Mi metto al posto della donna che aspetta i gemelli e di quella che, invece, non è riuscita nella

gravidanza. Se avessi in grembo i bambini li sentirei miei. Se vivessi il fallimento della tecnica avvertirei il dramma in modo lacerante. Una vittima. Perché penserei che, in altre condizioni, potrei essere una donna in felice attesa. Nessun giudizio».

Il centro del Pertini ora è stato chiuso, e per le donne che sono in trattamento quale futuro adesso?

«Ho pensato a loro. Sono quattro che si stanno sottoponendo alla stimolazione, verranno seguite secondo i tempi e le modalità corrette fino al trasferimento degli embrioni».

Si è fatta un'idea, parlando con gli ispettori, dell'errore che potrebbe essere stato fatto?

«I passaggi, nei laboratori, sono molti e tutti dovrebbero essere identificati dal nome e dal codice a barre. Tutto dovrebbe essere sottoposto a doppio controllo. Pensiamo, per esempio, che alla donna va richiesto nome e cognome prima del trasferimento degli embrioni. Dettagli? Fanno la differenza. Posso pensare che l'ipotetico errore potrebbe esserci stato nel momento in cui sono stati uniti ovociti e seme maschile».

Ha saputo del cognome simile tra le coppie, vero?

«Sì, ho letto. Non può essere un cognome a generare una situazione simile. Ma solo le analisi ci potranno permettere di risolvere questa prima parte della vicenda. Che deve andare avanti nel rispetto di chi è coinvolto. D'ora in avanti».

Rispetto non c'è stato, alcune coppie non sono state neppure informate dell'accaduto, lo sa?

«Incredibile che non siano stati informati neppure il Centro nazionale trapianti e il Ministero. Il

risultato dell'analisi fatta al Sant'Anna è di febbraio. Il Pertini, solo il 1 aprile ha messo su la commissione di inchiesta».

Un buco di informazioni, perché a suo avviso?

«Non si spiega. Le quattro donne sono state sottoposte all'intervento il 4 dicembre. A febbraio la scoperta, solo ora ci troviamo ad affrontare la questione. Inconcepibile».

Quindi gli errori non sono stati fatti solo nel laboratorio, vero?

«Si tratta di una sommatoria di errori. Sono certa che chi ha sbagliato verrà individuato e pagherà».

Eppure, Ministro, nulla è stato fatto dopo che nel 2012 all'ospedale San Filippo di Roma si è interrotta la catena del freddo e sono andati distrutti 94 embrioni e più di cento ovociti, lo sa?

«L'ho detto, nel Lazio va rimesso ordine. Anche in vista della prossima fecondazione eterologa».

Come pensa di modificare la legge?

«Dovrà passare sicuramente per il Parlamento».

Ministro, che cosa direbbe alle coppie che vedono in un test il loro futuro di famiglia?

«Sento, capisco il dolore».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Beatrice Lorenzin

Il numero

134

134 i giorni che sono passati dalla data della fecondazione dei due gemelli. L'inseminazione è avvenuta al centro sterilità dell'ospedale Sandro Pertini di Roma.

Il focus

Paternità, diritti e aborto tra leggi e molte incognite

Ecco cosa può succedere alle coppie e ai figli

Gli scenari inediti: rispondono il genetista Bruno Dallapiccola e il giurista Lorenzo D'Avack

Gaty Sepe

Scenari inediti e di difficile regolamentazione: ne parliamo con il genetista Bruno Dallapiccola, direttore scientifico del Bambin Gesù di Roma e con il giurista Lorenzo D'Avack vicepresidente del comitato di Bioetica.

1 Fecondazione eterologa per sbaglio?

Due embrioni di una coppia ottenuti con fecondazione omologa, sono stati impiantati per errore nell'utero di un'altra donna che stava sottoponendosi allo stesso trattamento, nello stesso centro e nello stesso giorno, e che adesso sta portando avanti la gravidanza. La coppia avrà dunque due figli che le sono geneticamente estranei: una fecondazione eterologa avvenuta per errore.

2 Chi sono i genitori dei gemelli?

In base al nostro diritto i bambini sono della donna che li partorisce e del suo compagno. Ma mentre la partoriente non può mai essere anonima per il figlio, il padre «sociale» può avviare il procedimento di disconoscimento di un figlio geneticamente non suo. Non ha infatti scelto di avere un figlio da un donatore, l'estraneità genetica di suo figlio è un errore altrui.

3 Quali i diritti dei genitori «biologici»?

Essendo la gestante per diritto ritenuta la madre, l'altra donna, la madre «biologica», per intenderci, non ha alcun diritto da rivendicare su embrioni e nati. Il padre «biologico», invece, può, attivare il disconoscimento del diritto di paternità dell'altro ed ottenere poi il riconoscimento della propria paternità.

4 La donna incinta può abortire?

La donna a cui sono stati impiantati per errore i due embrioni non suoi ha già detto che porterà a termine la gravidanza. Difficile abortire nel caso in cui, invece, volesse interromperla: la legge 194 consente l'aborto entro 90 giorni,

tranne nei casi in cui gravidanza o parto comportino un grave pericolo per la vita della donna e quando accertati processi patologici del nascituro determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna. Nel caso in questione una commissione medico-legale potrebbe soltanto accertare che la particolarità della vicenda può minacciare la salute psichica della donna.

5 E gli embrioni della donna incinta?

A questo punto potrebbero anche essere stati impiantati in un'altra donna che, se la gravidanza è

proseguita, si troverebbe adesso nella stessa situazione della donna che si è accorta dell'errore: entrambe, dunque, porterebbero in grembo il figlio dell'altra come in

una sorta di duplice caso di maternità surrogata - evento peraltro espressamente vietato dalla legge italiana - non scelta ma provocata da errori medici.

6 Potrebbero scambiarsi i bambini?

In teoria le due donne, o le due coppie potrebbero fare un accordo, ma realizzarlo dal punto di vista giuridico sarebbe una cosa complicata: i padri potrebbero anche veder riconosciuta la loro paternità, mentre le due gestanti, che secondo il comma 3 dell'articolo 9 della legge 90 non possono dichiarare la volontà di non essere nominate, dovrebbero solo abbandonare ciascuna il proprio neonato e chiederne poi l'affidamento e l'adozione all'altra.

7 Quali diritti hanno gli embrioni?

Praticamente nessuno perché tutti i paletti che il legislatore aveva immaginato e previsto per la sua tutela sono caduti sotto i colpi della magistratura. La legge 40 riveduta e corretta da oltre 30 sentenze nei dieci anni della sua applicazione è oggi più spostata sui diritti della coppia e della genitorialità che su i diritti dell'embrione. L'unico divieto rimasto in vita è quello ad utilizzare a scopi scientifici tutti quegli embrioni che sono stati ottenuti con le fecondazioni e crioconservati che le coppie hanno deciso

di abbandonare.

8 Il nascituro ha diritto di sapere?

Diversa la posizione del genetista e del giurista. Secondo Dallapiccola, qualsiasi risultato genetico che non è importante per la sua salute, dovrebbe essere taciuto al nascituro come raccomandano quasi tutti i regolamenti bioetici nei casi di analisi e genetiche. In questo caso, dice il genetista, «suggerirei alla coppia che sta portando avanti la gravidanza di mettere una pietra tombale sulla vicenda». Secondo D'Avack, almeno in que-

sto caso che ha avuto tanto clamore, il nascituro avrebbe diritto a sapere.

9 Quali diritti gli sono riconosciuti?

Se il nato è stato invece informato che i suoi genitori «sociali» non sono i suoi genitori «biologici», può, attraverso la madre se è ancora in età minorile, in prima persona con la maggiore età, attivare il procedimento per ottenere il disconoscimento della paternità «sociale» ed il riconoscimento di quella «biologica» ed esercitare poi i di-

ritti che ne conseguono.

10 Come evitare altri errori?

Dopo l'approvazione della legge 40, linee guida che garantissero la sicurezza delle procedure per la procreazione medicalmente assistita, in realtà, non sono mai state emanate. Oggi diventa indispensabile stabilire, per esempio, con un codice a barre, identificazione e tracciabilità di gameti ed embrioni così come accade per ogni materiale biologico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Bruno Dallapiccola

Il genetista: qualsiasi risultato genetico che non è importante per la salute della donna incinta, dovrebbe essere taciuto al nascituro a mio avviso



Renzo Pegoraro

Il teologo della Pontificia Accademia per la Vita: «La vicenda apre moltissime riflessioni e quesiti di tipo etico e non solo. A partire dal ruolo della medicina».



Lorenzo D'Avack

Il giurista: in base al nostro diritto i bambini sono della donna che li partorisce ma il padre «sociale» può avviare il disconoscimento per errore altrui



L'identificazione
È indispensabile stabilire la tracciabilità di gameti ed embrioni



Martedì 15 APRILE 2014

Spesa sanitaria e crisi economica. Ocse certifica la stagnazione. Dal 2010 crescita lumaca

Fino al 2008 la spesa tra i Paesi membri cresceva ad una media del 5% oggi a fatica arriva all'1%. A calare è soprattutto la contribuzione pubblica. "Serve approccio anticiclico alla spesa pubblica per mantenere livello servizi in un momento di crescente domanda". E su ulteriori tagli avverte: "Se non appropriati possono introdurre nuove forme di inefficienza". [IL WORKING PAPER](#)

La crescita della spesa sanitaria nei Paesi Ocse si è arrestata. Lo certifica la stessa organizzazione in un working paper *Health Spending Continues to Stagnate in Many OECD Countries* curato dall'analista **David Morgan** e dall'economista **Roberto Astolfi**, di aggiornamento sull'evoluzione e le tendenze della spesa sanitaria nei Paesi membri che certifica come nel 2010 si sia toccata la crescita zero, ma come anche nel 2011 (+0,5%) e nel 2012 (le prime stime parlano di un +1,4%), seppur con il segno più, gli incrementi siano stati modesti. Sembrano ormai lontani i tempi in cui (tra il 2000 e il 2009 per esempio) il tasso di crescita medio era del 5% all'anno. Ma ciò che più evidenzia il documento è come tutto ciò sia avvenuto in maniera difforme tra i vari Stati. E soprattutto in Europa con i 'Piigs' a farla da padrone

La causa principale secondo lo studio è la crisi economica iniziata nel 2008 che ha portato numerosi stati a tagliare la spesa pubblica. Un dato evidente se si raffronta la spesa media per la Salute sul Pil dei Paesi Ocse che era al 9,6% nel 2009 ed è scesa al 9,3% nel 2011. Una frenata generale, ma che ha coinvolto tutti i Paese tranne Israele e la Corea del Sud. Ma i più toccati sono stati gli Stati europei più colpiti dalla crisi. (Grecia, Portogallo, Irlanda, Spagna, Islanda). Per l'Italia si evidenzia come i tagli siano iniziati dal 2011 e viene certificata una crescita zero.

Entrando nel dettaglio il rapporto evidenzia come nel 2011 nei Paesi Ocse la spesa pubblica per la sanità è rimasta al palo rispetto all'anno precedente, mentre è cresciuta del 2,5% la spesa privata per assicurazioni e dell'1,4% la spesa dei cittadini.

Ma dove stanno tagliando i Paesi? Il rapporto evidenzia come le riduzioni maggiori siano su: farmaci, prevenzione e salute pubblica. Inoltre il rapporto sottolinea come tra le misure di taglio maggiormente usate vi siano stati la riduzione dei letti ospedalieri, del personale e l'aumento dei ticket.

Il working paper non analizza gli effetti a breve e a lungo termine relativi alla profondità e alla velocità dei tagli alla spesa pubblica sullo stato di salute e gli esiti della popolazione. Ma tuttavia, l'Ocse ricorda come la riduzione della spesa pubblica per la sanità in risposta ad un deterioramento fiscale giungono in un momento in cui la domanda di servizi sanitari tende a salire. Pertanto "può peggiorare la situazione non avendo aree di inefficienza bersaglio, e i tagli non appropriati possono introdurre nuove forme di inefficienza".

Inoltre è stato sottolineato che i tagli dovrebbero essere fatti quando "è chiaro che tale riduzione di bilancio non minaccia l'accesso della popolazione ai servizi necessari. Vi è una forte necessità di un approccio anticiclico alla spesa pubblica, al fine di mantenere la prestazione di servizi in un momento di crescente domanda, che a sua volta richiede politiche fiscali ed economiche responsabili durante i periodi di sviluppo economico la crescita".

apr
16
2014

Staminali, Pani: no a mercato miracoli che illude malati

TAGS: CELLULE, CELLULE STAMINALI, STUDI DI VALUTAZIONE, APPROVAZIONE DI FARMACI, CONTROLLO SU FARMACI E NARCOTICI



ARTICOLI CORRELATI

29-01-2014 | Stamina, Nas e Aifa: possibili nuovi casi

24-01-2014 | Stamina: Aifa replica alle lene: mai autorizzati trattamenti

29-05-2013 | Generici, Soi, Stamina e innovativi: Pani fa il punto

L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) «ha assunto e difeso una dura posizione opponendosi al mercato dei miracoli che illude i pazienti gravi e affetti da malattie rare o degenerative offendendone la dignità sulla base della disperazione loro e delle loro famiglie. Lo ha affermato il direttore dell'Aifa, **Luca Pani**, in occasione di un incontro sulle applicazioni delle cellule staminali, promosso dalla commissione Sanità del Senato. «La posizione delle Agenzie regolatorie e dei ministeri della Salute della Comunità europea - ha sottolineato Pani - conferma che metodiche con staminali non controllate non sono approvabili». Altre realtà simili a quella di Stamina in Italia, ha concluso il direttore Aifa, «come Xcell in Germania o CellTex in Usa, sono state chiuse dai rispettivi governi». L'incontro è stata anche l'occasione per gli esperti convenuti per ribadire la cautela nell'uso delle staminali. «Qualsiasi medicinale - ha spiegato il neurologo **Gianvito Martino** dell'Ospedale San Raffaele di Milano - comprese le cellule staminali, ha degli effetti collaterali, ma questa logica è spesso "tenuta nascosta". Se le staminali non vengono utilizzate correttamente, infatti, i danni possono essere enormi». Basti pensare, ha sottolineato l'esperto, che

«gli effetti collaterali da farmaci rappresentano la 4-5/a causa di morte nei Paesi occidentali e solo in Usa si registrano 770mila casi di effetti collaterali da farmaci con il 10% dei pazienti che riporta disabilità permanenti, per un costo pari a 2 miliardi di dollari l'anno negli Stati Uniti». Dunque, è l'invito di Martino, «è necessario essere estremamente attenti nel maneggiare anche le staminali e bisogna usare controlli e procedure rigorosi, che sono a tutela dei pazienti».

Sanità. Memorandum per razionalizzare strutture e costi

La ricetta Ge per gli ospedali

Roberto Turno

ROMA

Primo passo: meno ospedali e meno ricoveri. E poi avanti tutta con una cura massiccia di investimenti nelle infrastrutture associata all'innovazione tecnologica e all'efficienza energetica. Mentre il Governo cerca disperatamente la ricetta per fare spending review e ridurre i costi della sanità pubblica, una proposta pronta per l'uso arriva dalla multinazionale General Electric, il colosso Usa che con la sua costola italiana fattura soltanto in sanità 800 mln, quasi interamente negli ospedali pubblici e privati, e conta più di 700 occupati.

Socio forte di Assobiomedica, l'associazione che raggruppa le aziende del biomedicale made in Italy, General Electric ha insomma tutte le carte in regola per occuparsi di sanità. E lo fa per la prima volta in Italia con un «Memorandum» rivolto non a caso in tempo di spending ai decisori politici, e non solo, dal titolo significativo: «Un contributo alla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale».

Spiega Marco Campione, ad di Ge Healthcare Italia: «Esi-

stono tantissimi strumenti a basso costo in grado di garantire grandi risparmi. L'ospedale è una città molto poco efficiente e molto autostenibile: con tecnologie più verdi, assai meno costose, è invece possibile generare grandi risparmi». Risparmi che l'azienda quantifica in centinaia di milioni euro l'anno, soltanto intervenendo (e dimezzandoli) sui consumi energetici, che sarebbero un duplice toccasana: per l'ambiente e per i conti pubblici.

Gli esempi concreti "sul campo" non mancano. Intervendo nella depurazione delle acque, nello smaltimento dei rifiuti, nella gestione dell'illuminazione o del riscaldamento. Meno ospedali, ma "verdi" e risparmiati. È la cura decisiva della «ecosostenibilità», insomma. «In Lombardia, in Emilia e soprattutto in Toscana - aggiunge Campione - esistono ospedali di media dimensione che hanno dimezzato i costi di gestione energetici». Risparmi che alleggerirebbero non poco i conti economici delle strutture. Secondo lo studio, infatti, dato il livello attuale degli impianti e delle dotazioni tecnologiche nelle strutture sanitarie, il potenzia-

le di risparmio per alcuni ospedali, quelle più vetusti e più arretrati come parco macchine, potrebbe sfiorare fino al 50% degli attuali consumi energetici e dell'acqua consumata. Come dire che «un potenziale di risparmio di circa il 15-25% può valere per qualsiasi struttura che non è stata ancora sottoposta a interventi di risparmio energetico».

I PUNTI CHIAVE

Dalla voce «energia» possibili risparmi per centinaia di milioni. E poi puntare su ospedali verdi ed ecosostenibili

Il classico esempio del fatto che "investire conviene", perché fa ristampare e migliora anche la qualità delle cure. Con una strategia che preveda reti ospedaliere hub&spoke, accompagnate dalle tecnologie e dalla diagnostica domiciliare leggera, cosicché il territorio possa fare le funzioni che l'ospedale dovrebbe evitare. Ma rinnovandosi: verde, leggero, risparmiato. E più sicuro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Test a ultrasuoni e liquido di contrasto È rivoluzione per la diagnosi del tumore alla prostata

STEFANO RIZZATO

■ Niente più esami invasivi e superflui. Almeno, non come scelta obbligata. La tecnologia in campo medico arriva anche lì dove finora era quasi assente: la diagnosi del tumore alla prostata. Per farla, la biopsia non sarà più l'unica, sgradevole strada. Basterà un test con ultrasuoni e liquido di contrasto. Più pratico, economico, veloce. E anche più preciso, capace di ridurre al minimo i falsi positivi. La novità arriva dalla University of Technology di Eindhoven e per merito di un ingegnere italiano:

Massimo Mischi, 40 anni, professore associato dell'ateneo olandese e coordinatore del team di ricerca sulla diagnostica biomedica. È stato lui, lunedì scorso, a presentarla a Stoccolma al congresso della Società europea di urologia, che ha premiato la ricerca come uno dei lavori migliori della conferenza.

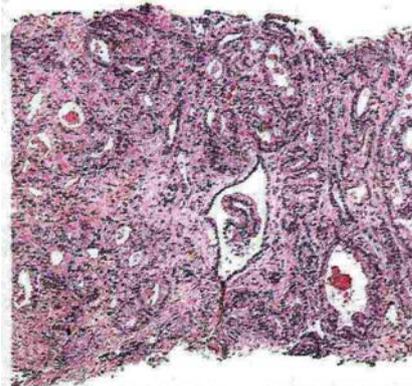
Il nuovo metodo ruota intorno a piccole bolle, che vengono infilate nello speciale liquido di contrasto usato per questo tipo di diagnosi. Una volta iniettato il liquido, le microbolle si disperdono e si distribuiscono nei vasi sanguigni, anche quelli più piccoli. Gli ultrasuoni riescono a individuarle e possono così ricostruire una perfetta mappa del flusso sanguigno. È questo l'elemento decisivo:

per crescere, i tessuti tumorali producono un gran numero di piccoli vasi, con un tipo di struttura caratteristica e ormai nota. Riconoscerla, attraverso le immagini ottenute con gli ultrasuoni ed elaborate al computer, è persino facile. E permette di dire se un tumore c'è o non c'è in un processo che, dall'iniezione ai risultati, richiede pochi minuti.

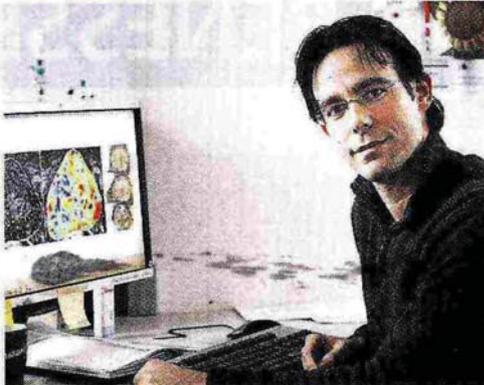
«Le biopsie sono molto più problematiche e costose - spiega Mischi - e spesso superflue: nel 70% dei casi chi le subisce si rivela poi immune dal cancro. La nuova tecnica - aggiunge - è applicabile anche ad altri tumori, come quelli al seno, al pancreas o al fegato. Ma noi siamo partiti dalla prostata, perché lì c'era un grande ritardo diagnostico. Il metodo tradizionale passa per un esame del sangue e per il controllo di un antigene detto Psa. Ma è un esame poco specifico, perché il livello di Psa aumenta anche per semplici infiammazioni o ingrossamenti benigni. Così per verificare davvero, anche quando è un falso allarme, si usa la biopsia».

A doverne subire una è un milione di uomini all'anno, nel mondo. Sono centinaia di migliaia, invece, le persone che muoiono per un tumore alla prostata. Numeri che il team olandese punta ad abbattere. Dopo essere stato testato in tre ospedali e su 24 pazienti, nel prossimo anno e mezzo il metodo sarà confrontato con quello tradizionale in modo sistematico, su 250 soggetti. «Dal 2016 - spiega il professore - potremo usare il test con gli ultrasuoni come prassi per lo screening e procedere a una biopsia solo quando le immagini indicano un sospetto tumore. Dopo i 50 anni è un uomo su tre a mostrare i sintomi di un potenziale cancro alla prostata, ma molti di questi tumori restano allo stato latente e sono destinati a non dare mai problemi. Però vanno monitorati e il nuovo test può fare la differenza, perché non si può pensare di

usare la biopsia per uno screening periodico». Laureato alla Sapienza e trasferitosi nei Paesi Bassi nel 2000 - «per il dottorato e un po' a malincuore», ammette - Mischi ora guarda oltre. «Più in là si può pensare di eliminare del tutto le biopsie. E di usare gli ultrasuoni e le microbolle per guidare una terapia focalizzata e locale, che consenta in qualche caso di evitare l'asportazione della prostata».

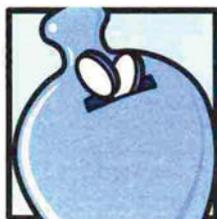


Il tumore alla prostata è un «big killer»



Massimo Mischi, cervello fuggito in Olanda





IL FUTURO SSNI/ Calcio d'inizio del ministro Lorenzin per il semestre a guida italiana

Prezzo unico Ue per le pillole

Confronto tra istituzioni comunitarie per la corsa all'innovazione terapeutica

Un prezzo unico europeo che assieme alle regole comuni sui trial e sull'accessibilità all'innovazione garantisce all'Europa la fuoriuscita dal sepolcro della non competitività, dove vorrebbero averla già relegata i Paesi asiatici emergenti. Suona così il calcio d'inizio del ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, in vista del semestre europeo a guida italiana nel corso della maratona sul tema dell'innovazione terapeutica che ha dato il via alla seconda giornata dei lavori degli Stati generali della Salute, mercoledì scorso, a Roma.

Faccia a faccia tra i vertici del comparto industriale del settore, il regolatorio europeo, i rappresentanti dell'accademia: obiettivo comune, ha riassunto il ministro «evitare una frammentazione delle norme, negli Stati o, peggio, nelle Regioni per far diminuire il costo dei medicinali e far rimanere in Europa le aziende che investono».

Filo conduttore della kermesse l'approccio del direttore esecutivo dell'EMA (l'Agenzia europea dei medicinali), **Guido Rasi**: «Tra le tre maggiori aree mondiali - ha detto - l'Europa è senz'altro quella meno competitiva. Ma paradossalmente è anche quella con il potenziale più alto: per questo siamo pronti a smentire l'immagine di una Europa ormai nella bara dal punto di vista della competitività». E l'asso-

nella manica per i Paesi avanzati del Vecchio Continente resta ancora l'eccellenza del sapere e del saper fare: «L'industria prospera dove è forte l'Accademia e dove c'è eccellenza - ha proseguito Rasi -. E non è un caso se stiamo assistendo al ritorno ai trial clinici, alla ripresa della produzione di alcuni farmaci in Europa o a un nuovo aumento dell'export in Italia: significa che la qualità sta pagando».

Bisogna crederci e bisogna credere a regole condivise, è il messaggio che arriva forte e chiaro dall'Europa: «La frammentazione è la nostra grande debolezza: le aziende devono parlare con 28 Stati e poi con una serie di Regioni. L'Italia è nella situazione peggiore, ma i Land tedeschi e le macro-Regioni francesi hanno problemi analoghi. L'unica grande idea dell'Europa è il mercato unico - conclude Rasi - dobbiamo deciderci a sfruttarla fino in fondo, con identiche misure d'accesso al farmaco in tutto il continente».

A confermare che in questo modo il più sarebbe fatto, cifre alla mano, è stata **Paola Testori Coggi**, direttore generale per la salute e la politica dei consumatori della Commissione Ue: «Nel promuovere l'immissione sul mercato di nuove terapie siamo all'avanguardia», ha detto, citando il caso dei farmaci orfani. «L'Europa ha adottato già da 10 anni una legislazione che prevede autorizzazioni rapide e incenti-

vi: grazie a questo abbiamo già autorizzato 97 prodotti destinati alle malattie rare e abbiamo un altro migliaio di molecole in attesa di valutazione».

Le regole ci sono e possono migliorare ancora: a testimoniarlo è il nuovo Regolamento sui trial clinici «pensato - dice Testori Coggi - per facilitare lo svolgimento degli studi sconfiggendo la burocrazia».

Ma fatto questo ci sono altri scogli da superare. Capitali ed ecosistema sono le sfide che l'Europa non ha ancora vinto, dicono **Andrea Ponti** (vicepresidente di Investment Banking in Europa - JPMorgan Chase&Co) e **Stephen Knight** (presidente e managing partner di Fidelity Biosciences): la scarsità di aziende quotate e lo stentato coordinamento tra pubblico e privato tengono alla larga gli investitori, emigrati negli Usa dopo la crisi del 2008. Tagliare la burocrazia e imboccare con decisione la strada degli incentivi fiscali sono l'iniezione di fiducia cruciale per un'Europa che continua a subire lo smacco peggiore di tutti: quello di farmaci nati dalla ricerca di casa propria che finiscono per svilupparsi negli Usa procurando successi miliardari altrove. Le cronache sui farmaci destinati al trattamento delle patologie epatiche come quelli che stanno portando fortuna alla Gilead o all'Intercept sono lì a testimoniarlo.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DROGHE: STUDIO, DA USO OCCASIONALE MARIJUANA ANOMALIE CEREBRALI

(AGI) - Washington, 16 apr. - I giovani che fumano marijuana, anche occasionalmente, rischiano danni al cervello nelle aree legate alla motivazione e all'emozione: e' quanto emerge da uno studio pubblicato dal 'Journal of Neuroscience', diverso dai precedenti perche' nel passato ci si e' spesso concentrati sui consumatori abituali di cannabis. Lo studio, che ha visto lavorare insieme ricercatori della scuola di medicina della Northwestern University, il Massachusetts General Hospital e l'Harvard Medical School, ha mostrato una correlazione diretta tra il numero di volte che gli utenti hanno fumato e le anomalie nel cervello. In particolare la ricerca, che per stessa ammissione degli autori deve essere ancora approfondita, evidenzia mutamenti al nucleo accumbens e all'amigdala, le regioni del cervello che sono fondamentali per la regolazione delle emozioni e delle motivazioni. "La nostra ipotesi e' che questi cambiamenti possano essere un segno precoce di quello che piu' tardi si manifesta come una situazione in cui manca la motivazione, in cui la persona non si concentra sui suoi obiettivi", spiega uno degli autori, Hans Beiter, docente di psichiatria e scienze comportamentali alla Northwestern University. La ricerca -che e' stata in parte finanziata dal National Institute on Drug Abuse e dall'Ufficio Nazionale per le Politiche di Controllo della Droga della Casa Bianca- coincide con una fase in cui negli Stati Uniti l'accesso alla droga, che pur rimane illegale a livello federale, e' piu' facile: nel 2012 infatti nello Stato di Washington e in quello del Colorado si e' votato a favore della legalizzazione della marijuana per uso ricreativo.

Dopo i cinquant'anni gli uomini evitano volentieri il medico, invece dovrebbero farsi controllare. La prevenzione per la prostata

Invecchiare meglio ecco come

IL CASO

Uomo, salute, prevenzione, prostata, sesso. Negli ultimi quindici anni lui, il maschio, è stato uno dei protagonisti della ricerca biomedica. Pillole per amare meglio e amare più a lungo, nuovi test per la prostata, robot per l'operazione, integratori. I suoi problemi a letto sono diventati argomenti da salotto, molti tabù si sono sgretolati ma, la cultura del lui che diventa "padrone" del suo corpo è ancora lontana.

Quello giovane come quello che ha superato i cinquanta. Anzi, proprio lui, come denunciano gli specialisti, continua a stupire perché ha paura di farsi visitare. Bocciati nella prevenzione del più diffuso tumore maschile, quello della prostata. Fanno il test del psa, ma poi non vanno dall'urologo, per il timore e il rifiuto di altri controlli più intimi. La denuncia del segretario generale della Siu, Società italiana di urologia, Vincenzo Mirome: «Assistiamo ad un aumento di casi proprio perché molti non si sono fatti visitare in tempo. Il psa da

solo non rappresenta una diagnosi in positivo o in negativo. Va coniugato con un controllo dello specialista. Ma l'uomo farebbe di tutto pur di evitare la visita».

LE PRESCRIZIONI

Tanto timore non si concilia con l'attenzione che le nuove terapie e le nuove tecniche diagnostiche stanno rivolgendo, appunto, all'uomo. Come dimostra il lungo elenco di ricerche binomio prostata-sessualità che sono state presentate nei giorni scorsi a Stoccolma al Congresso europeo di urologia. Un dato è certo: se lui non è seguito passo passo da un medico-tutor abbandona le cure e non sta attento ai segnali del suo corpo.

L'86% dei pazienti guarisce se è aiutato a seguire le terapie. Abban-

GLI UROLOGI: EVITARE RITROVATI SUL WEB IN FARMACIA IL PRIMO MEDICINALE ITALIANO PER LA DISFUNZIONE ERETTILE

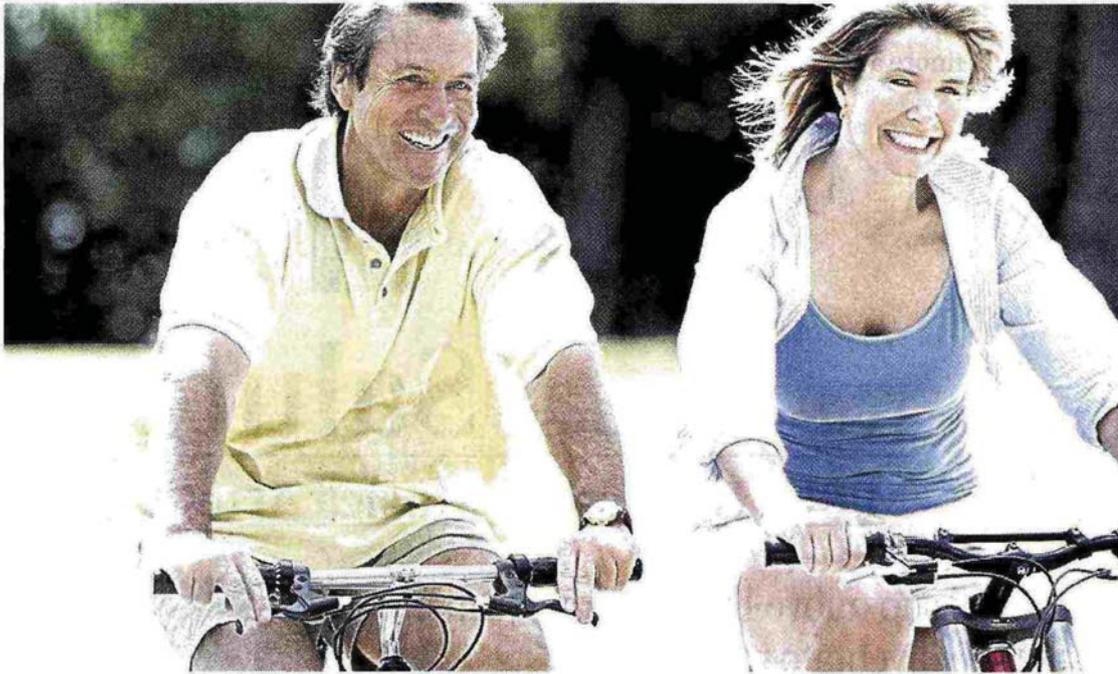
donato a se stesso, affermano gli esperti, un maschio su due con disfunzione erettile e ipertrofia prostatica benigna, presenti insieme nel 70% degli uomini, "dimentica" i farmaci quotidiani con gravi rischi per la salute della sessualità, mentre se è seguito dallo specialista, risolve entrambi i problemi.

Come dimostra uno studio internazionale condotto su mille pazienti in terapia con il principio attivo Tadalafil giornaliero, una sostanza che tratta queste due patologie insieme. L'abbandono delle cure, secondo gli urologi, colpisce non solo la sfera sessuale ma anche la qualità della vita. sociali. Un addio alla terapie che è spesso seguito da scorciatoie pericolose come il ricorso all'acquisto sul web di prodotti non controllati. In particolare per la disfunzione erettile.

Proprio per questo problema è appena arrivata nelle farmacie una nuova pillola (Avanafil il principio attivo) la prima made in Italy (Menarini). Fa effetto in 15 minuti, la metà del tempo delle altre tre disponibili, con un tempo d'azione che arriva fino a 6 ore.

Ester Maria Lorido

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le regole

Occhio allo sport: sì tennis, no bici

Un aiuto per la vita sessuale dell'uomo è l'attività fisica ma attenzione al tipo di sport che si sceglie: sì alla corsa, calcetto e tennis, no al sollevamento pesi e alla bicicletta

Il doppio fronte del peperoncino

Il peperoncino, considerato un alleato di lui per la vita amorosa, può rivelarsi un "nemico": ha effetti di vasodilatatori ma si tratta di un alimento molto irritante per la prostata

Effetto irritante dai superalcolici

Fortemente irritanti possono essere anche i superalcolici, il luppolo (quindi la birra), i frutti di mare e il pepe, particolare attenzione alle dosi



Diuresi sempre sotto controllo

Gli over 50 devono fare molta attenzione a qualsiasi cambiamento che notano mentre fanno la pipì: dall'urgenza, al getto alle alzate notturne

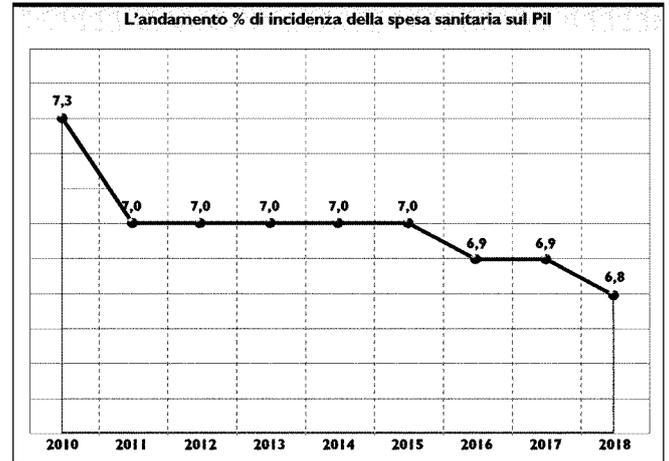
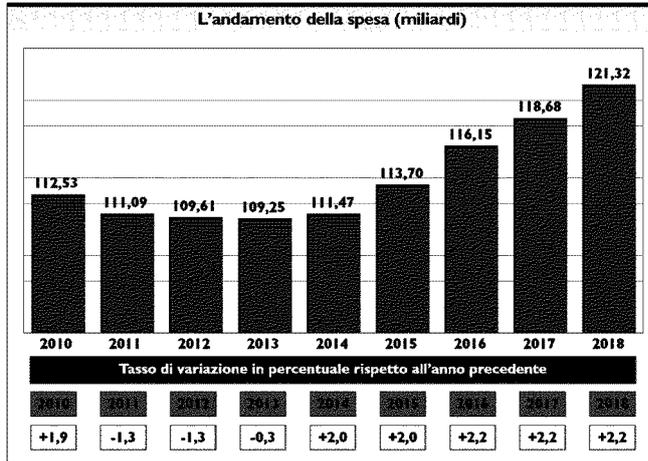




IL FUTURO SSN/ Le previsioni del documento di economia e finanza per il servizio sanitario

Def: spesa sempre in calo sul Pil

Nel 2013 il disavanzo si dimezza: nove Regioni in attivo - Costi: -0,3%



La spesa sanitaria 2013 è di 109,254 miliardi, in riduzione dello 0,3% rispetto al 2012, con un rallentamento della dinamica degli ultimi anni e, per il terzo anno consecutivo, un tasso di crescita negativo rispetto all'anno precedente. E per il 2014 la previsione è di una spesa di 111,474 miliardi, con una variazione rispetto al 2013 del 2%, mentre nel periodo 2015-2018 la spesa sanitaria, rispetto al 2014, crescerà a un tasso medio annuo del 2,1%. Nello stesso periodo il Pil nominale sale in media del 3% e, quindi, il rapporto tra la spesa sanitaria e Pil si attesta, alla fine del periodo, sul 6,8 per cento.

Nel 2013 scende il deficit delle Regioni. E il disavanzo nelle Regioni scende: prima delle manovre locali era di 2,06 miliardi nel 2012 (che ha chiuso dopo le manovre a 1,043 miliardi) ed è, secondo i dati relativi al IV trimestre dello scorso anno, a quota 1,64 miliardi. Con una sorpresa: per la prima volta il disavanzo delle Regioni in piano di rientro è inferiore a quello delle Regioni senza vincoli di bilancio: 746 milioni contro 890. E sempre tra le Regioni in piano di rientro il Lazio assorbe con i suoi -610 milioni il 92,4% del deficit, così come le Regioni a statuto speciale e le Province autonome assorbono il 98,5% del disavanzo delle amministrazioni senza piano di rientro con oltre 877 milioni di deficit sugli 890 complessivi, di cui il record è della Sardegna con -379 milioni. Nove le Regioni in attivo, tra cui fanno il loro ingresso

I disavanzi 2013 *

Regione	Euro x 1.000	Regione	Euro x 1.000
Piemonte	-41.866,3	Marche	32.140,7
V. d'Aosta	-52.997,4	Lazio	-609.889,9
Lombardia	10.261,7	Abruzzo	340,4
Veneto	7.585,0	Molise	-51.297,6
Trento	-218.186,0	Campania	11.759,7
Bolzano	-184.096,6	Calabria	-30.615,5
Friuli V.G.	-42.935,8	Puglia	-49.573,5
Liguria	-91.346,3	Basilicata	-6.088,5
Emilia-R.	1.663,3	Sardegna	-379.112,7
Toscana	3.111,2	Sicilia	24.974,3
Umbria	29.873,7	Italia	-1.636.296,0

(*) Prima delle coperture regionali

anche tre di quelle in piano di rientro: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche e, appunto, Abruzzo, Campania e Sicilia.

Le prospettive future. Buone notizie nella versione finale del Def e dai consuntivi 2013. Anche per i prossimi anni, seppure questo con tutta probabilità non servirà a impedire i tagli alla spesa. Fino al 2020 il sistema tiene bene, anche se da lì in poi si potrebbero scontare gli effetti dell'invecchiamento che farebbero rialzare l'asticella dei costi.

Per quanto riguarda le principali voci di spesa, il personale nel 2013 è costato 36,024 miliardi, in calo dell'1,1% rispetto al 2012 per il blocco del turn over nelle Regioni in piano di rientro - spie-

ga -, le politiche di contenimento delle assunzioni delle Regioni non sottoposte ai piani di rientro, gli automatismi di legge sulla rideeterminazione dei fondi per i contratti integrativi in relazione al personale cessato e l'applicazione delle ulteriori misure di contenimento della dinamica della spesa del personale previste dalla legge.

La spesa per i consumi intermedi è stata di 29,270 miliardi, con una variazione rispetto al 2012 dello 0,3% grazie a: la messa a disposizione in favore delle Regioni, da parte dell'Avcp, dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi; la riduzione del 10% dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (tranne i farmaci ospedalieri) e dei corri-

spondenti volumi d'acquisto per tutta la durata residua dei contratti già esistenti, con la possibilità per le Regioni di adottare misure alternative di contenimento della spesa; l'obbligo, per le aziende sanitarie, di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi in caso di prezzi superiori al 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i contratti pubblici; la fissazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici del 4,8% del fabbisogno sanitario standard; la rideeterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% con il 50% di ripiano dello sfondamento a carico delle aziende farmaceutiche, attraverso il meccanismo del pay-

Personale dipendente: continua la flessione

Risultati. La spesa per il personale è stata nel 2013 di 36,024 miliardi, con una variazione rispetto al 2012 del -1,1 per cento.

La riduzione è influenzata da:

- il blocco del turnover in vigore nelle Regioni sotto piano di rientro, nell'ambito delle manovre di contenimento della dinamica della spesa e a seguito della procedura sanzionatoria di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004;
- le politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto autonomamente dalle Regioni non sottoposte ai piani di rientro;
- gli automatismi introdotti dalla vigente legislazione in materia di rideterminazione dei fondi per i contratti integrativi del personale in relazione al personale cessato e l'applicazione delle ulteriori misure di contenimento della dinamica della spesa del personale previste dalla normativa vigente.

La dinamica osservata dall'aggregato evidenzia un andamento della spesa per il personale dipendente che conferma gli effetti positivi derivanti dagli strumenti di governance del settore sanitario introdotti dai diversi accordi Stato-Regioni intervenuti in materia.

Previsioni per il 2014. Per il personale è previsto un livello di spesa di 36,054 miliardi. La previsione sconta:

- i nuovi dati sul costo del personale rilevati al IV trimestre dell'anno 2013;
- il limite al riconoscimento di incrementi retributivi per il personale dipendente stabilito dalla normativa vigente.

Consumi intermedi: frenano i beni e servizi

Risultati. La spesa per i consumi intermedi è stata nel 2013 di 29,270 miliardi, con una variazione rispetto al 2012 dello 0,3 per cento.

Il nuovo livello di spesa sconta le misure di contenimento della spesa programmate:

- la messa a disposizione in favore delle Regioni, da parte dell'Avcp, dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa;
- la riduzione del 10% dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) e dei corrispondenti volumi d'acquisto per tutta la durata residua dei contratti in essere, con la possibilità per le Regioni di adottare misure alternative di contenimento della spesa, nel rispetto degli obiettivi programmati e dell'equilibrio finanziario;
- l'obbligo, per le aziende sanitarie, di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso dagli stessi) qualora i prezzi unitari in essi previsti risultino superiori al 20 per cento rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i contratti pubblici;
- la fissazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, al 4,8% del fabbisogno sanitario standard;
- la rideterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% con fissazione al 50% della quota di ripiano dello sfondamento del tetto a carico delle aziende farmaceutiche, attraverso il meccanismo del pay-back.

Previsioni per il 2014. Per i consumi intermedi, un livello di spesa di 30,378 miliardi.

La previsione riflette un profilo di spesa coerente con la dinamica fatta registrare in media dall'aggregato negli ultimi anni, le misure di contenimento programmate a legislazione vigente e l'impatto sul costo di acquisizione dei beni e servizi dell'incremento dell'aliquota Iva al 22 per cento.

back.

La spesa per le prestazioni acquistate da produttori market è stata di 39,246 miliardi, invariata rispetto al 2012.

La farmaceutica è stata di 8,637 miliardi: -3,0% sul 2012; la spesa per la medicina di base è stata di 6,669 miliardi: -0,7%; la spesa per le altre prestazioni (ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative e altra assistenza) è stata di 23,940 miliardi: +1,4%. Per le altre componenti di spesa il livello è di 4,714 miliardi: -1,1% rispetto al 2012.

Il pubblico impiego. Nel 2013 la spesa per redditi da lavoro dipendente delle Amministrazioni pubbliche è stata di circa 164 miliardi, in calo dello 0,7% rispetto al 2012. Una contrazione che si somma al -1,9% del 2012 e alla diminuzione del 2,1% del 2011, rafforzando il trend decre-

scente che si è determinato dopo un lungo periodo di crescita (1998-2010). E le previsioni - a legislazione vigente - parlano di una spesa per redditi da lavoro dipendente in diminuzione ancora dello 0,7% circa nel 2014, per poi stabilizzarsi nel triennio successivo e crescere dello 0,3 per cento nel 2018, per effetto dell'indennità di vacanza contrattuale per il triennio contrattuale 2018-2020. Di contratti però ancora non si parla.

La spesa 2015-2018. Prendendo a riferimento il 2014, la previsione è di una crescita annua media del 2,1%, ma con un rapporto rispetto al Pil in calo fino al 6,8% dal 7 attuale. E il Def in questo periodo dà per scontati la dinamica degli ultimi anni, le manovre di contenimento già programmate, le misure della legge di stabili-

tà per il personale, un profilo di spesa per la spesa farmaceutica convenzionata in linea con il tetto per la territoriale all'11,35% e l'attivazione del pay-back in caso di superamento del tetto. E perfino i maggiori costi (35 milioni l'anno) per il concorso statale fissato sempre nella legge di stabilità 2014 al finanziamento degli oneri per le attività strumentali dei Policlinici universitari non statali.

Paolo Del Bufalo

Produttori market: costi in equilibrio

Risultati. La spesa per le prestazioni acquistate da produttori market (farmaceutica, medicina di base, specialistica, altre prestazioni ecc.) è stata nel 2013 di 39,246 miliardi, sostanzialmente invariata rispetto al livello fatto registrare nel 2012.

A livello delle singole componenti costituenti si è avuto:

- la spesa per l'assistenza farmaceutica è pari a 8,637 miliardi, con una variazione rispetto all'anno 2012 del -3,0 per cento. Il risultato deriva dalle misure di contenimento della spesa farmaceutica previste del DI 95/201250:

- l'incremento dello sconto a carico dei farmacisti dal valore di 1,82% al 2,25%;
- la rideterminazione del tetto della spesa farmaceutica territoriale all'11,35%, con attivazione del meccanismo del pay-back già previsto dalla normativa vigente in caso di superamento del predetto tetto.

Assieme a questo, la dinamica dell'aggregato è influenzata positivamente dai seguenti fattori:

- la riduzione del prezzo medio dei farmaci, in misura del 5,0% rispetto al 2012;
- la crescita della quota di compartecipazione a carico dei cittadini, con un incremento pari a circa il 2% rispetto al 2012;

- il potenziamento dell'attività di monitoraggio delle prescrizioni attraverso il sistema Tessera sanitaria;

- la spesa per la medicina di base è stata di 6,669 miliardi, con una variazione rispetto al 2012 del -0,7 per cento;

- la spesa per le altre prestazioni (ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative e altra assistenza) è pari a 23,940 miliardi, con una variazione rispetto al 2012 dell'1,4 per cento.

La dinamica di tale componente di spesa riflette:

- una migliore regolazione, in particolare nelle Regioni sotto piano di rientro, dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, realizzata attraverso la definizione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale;

- la riduzione in misura percentuale fissa degli importi e dei corrispondenti volumi di acquisto di prestazioni di assistenza specialistica e ospedaliera da erogatori privati accreditati prevista dalla normativa vigente.

Previsioni per il 2014. Per le prestazioni acquistate da produttori market, un livello di spesa pari a 40.014 milioni. A livello delle singole componenti costituenti l'aggregato:

- per l'assistenza farmaceutica, è prevista una spesa pari a 8,766 miliardi.

La previsione sconta le misure di contenimento della spesa farmaceutica previste dalla normativa vigente nonché un profilo di spesa coerente con il rispetto del tetto dell'11,35% della spesa farmaceutica territoriale;

- per la medicina di base, è prevista una spesa pari a 6,676 miliardi.

La previsione sconta il limite al riconoscimento di incrementi retributivi al personale convenzionato con il Ssn previsto dalla normativa vigente;

- per le altre prestazioni (ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative e altra assistenza) è prevista una spesa pari a 24,572 miliardi.

La previsione sconta, fra l'altro, le misure di contenimento programmate a legislazione vigente nonché i maggiori costi, quantificati in 80 milioni, originati dal concorso statale al finanziamento degli oneri connessi alle attività strumentali necessarie al perseguimento dei fini istituzionali dei Policlinici universitari non statali.

LO SVILUPPO FUTURO

Programma nazionale riforme: sostenibilità guida del Ssn

Sprint a Patto, informatizzazione, nuovi Lea e a una nuova prevenzione

Nel 2014-2015 si dovranno incrementare l'efficienza e la sostenibilità finanziaria del Ssn, assicurando un più elevato livello di benessere e di salute della popolazione. Migliorare la qualità dei servizi, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e garantire standard elevati del sistema univer-

sale di assistenza. Migliorare l'assistenza territoriale e l'efficacia dei trattamenti. Ma anche riorganizzare e migliorare l'offerta sanitaria per assicurare a tutti i residenti rapidità dei servizi di emergenza e diagnostica.

Queste le linee su cui si basa il Programma nazionale di riforma che fa parte integrante del Def.

Il Ssn - si legge - ha oggi di fronte una sfida assistenziale imponente per conciliare il mantenimento

degli standard e dei risultati conseguiti con le esigenze di razionalizzazione della spesa pubblica. In questo comparto vi sono gli spazi per la riduzione di aree di spreco e per l'allineamento delle spese ai costi standard. La sostenibilità finanziaria del Ssn nel medio-lungo periodo, anche in relazione alle tendenze demografiche in atto, ha come punto di partenza lo svilup-

po del modello di governance del settore sanitario. Allo stesso tempo si basa sul ripensamento dell'attuale modello di assistenza, con l'obiettivo di garantire prestazioni non incondizionate, ma rivolte principalmente a chi ne ha effettivamente bisogno.

La strada indicata prevede di rafforzare le politiche legate alla prevenzione, con investimenti anche allargati a settori diversi da quello sanitario, che contribuiscano a limitare il ricorso al Ssn per finalità di cura, sia in termini di accessi che

di livello delle cure richieste.

In questo senso si dovrà predisporre il nuovo Piano nazionale di prevenzione, attraverso la modifica e l'aggiornamento di quello attuale, con la massima attenzione a: prevenzione di tutti i comportamenti a rischio; tossicodipendenze; piano nazionale per le vaccinazioni; interventi per la sicurezza sul lavoro.

Va poi sistematizzata la raccolta dati per rendere operativo il fascicolo sanitario elettronico ad aiutare così anche le valutazioni dei decisori. In generale, va dato impulso all'informaticizzazione dei processi di assistenza, allo sviluppo e alla diffusione della sanità elettronica in modo che la sanità in rete divenga una componente strutturale del Ssn.

Per quanto riguarda la programmazione si deve perfezionare il nuovo Patto per la salute per il triennio 2014-2016, definendo gli aspetti finanziari e programmatici tra Governo e Regioni correlati al Ssn.

Va anche riorganizzato il livello assistenziale ospedaliero con trasferimento di attività a livello territoriale potenziandone la rete dei servizi e il ruolo delle farmacie convenzionate e in particolare la farmacia dei servizi.

Si deve poi rafforzare, insieme alle Regioni, il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei Lea e promuovere in ogni ambito la trasparenza funzionale alla comunicazione con il cittadino e al controllo di legalità.

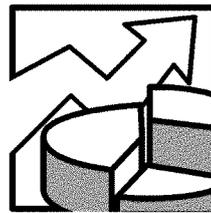
Va ridisegnato il perimetro dei Lea e adottato l'approccio dell'Health Technology Assessment, per identificare le opzioni assistenziali più efficaci dal punto di vista dei costi e per i pazienti.

E si deve definire una regia nazionale per mantenere l'unitarietà del Ssn e per garantire l'equità di accesso sul piano territoriale, portando a compimento e migliorando le scelte attuate nella scorsa legislatura in tema di responsabilità professionale e di precariato nelle professioni sanitarie.

Memorandum General Electric sul contenimento dei costi di gestione delle infrastrutture sanitarie

Le tecnologie fanno risparmi

Svecchiare il parco macchine - Sbloccare il territorio - Test ecosostenibili



Le raccomandazioni

1. Passaggio da una medicina curativa a una preventiva
2. Passaggio da un servizio sanitario che ruota solo attorno all'ospedale a uno ottimizzato e sviluppato su base territoriale
3. Migliore e puntuale gestione del parco tecnologico installato con adeguata distribuzione del carico giornaliero di utilizzo
4. Strategie e protocolli di acquisto, ottimizzati in relazione all'outcome clinico d'interesse (anche con l'uso di tecniche Hta)
5. Normalizzazione dell'appropriatezza diagnostica per eliminare i costi degli esami diagnostici inutili
6. Dismissione di infrastrutture obsolete e realizzazione di nuove infrastrutture su linee guida e parametri validi a livello nazionale con confronto europeo
7. Efficienza della gestione energetica, della logistica e delle risorse delle infrastrutture necessarie, con definizione di obiettivi per le singole infrastrutture/aree e penali cogenti

SOSTENIBILITÀ

Deospitalizzare, investire sulle infrastrutture, puntare sull'innovazione tecnologica e sull'efficiamento energetico. Perché è inutile discorrere di "sostenibilità" se non si punta a essere anche "ecosostenibili". Anche in tempi di pesanti ristrettezze economiche, insomma. Forse conviene investire per riuscire a "risparmiare" e non solo a "tagliare".

La ricetta per contenere i costi di gestione delle infrastrutture sanitarie grazie al ricorso alle tecnologie innovative è contenuta in un memorandum riservato che **General Electric** ha inviato alle istituzioni nazionali e regionali coinvolte nella gestione dei servizi sanitari, ai ministeri dell'Economia e dello sviluppo e alle commissioni Sanità di Camera e Senato. Quaranta pagine fitte che partono dalle valutazioni di costi e servizi delle infrastrutture ospedaliere, proseguono con l'analisi degli indicatori di qualità delle prestazioni sanitarie e sfociano nella "bella" o "brutta" notizia che al solo capitolo del risparmio energetico può essere assunto un potenziale del 15-25% di risparmio per qualunque struttura ospedaliera ancora non sottoposta a questo tipo di interventi. Obiettivo di Ge Healthcare - un business da 17 miliardi di dollari che occupa nel

SCELTE ITALIANE

«Così si dimezza la bolletta in corsia»

«Il primo obiettivo deve essere quello di portare sul territorio o a domicilio tantissime delle attività oggi concentrate nel general hospital. Ma per farlo servono governance e managerialità diverse e un sistema dotato degli anticorpi per andare a bersaglio. Noi come industria ci mettiamo in gioco per fare la nostra parte anche in un'ottica consenziale».

Marco Campione, presidente e Ad di Ge Healthcare Italia, spiega così l'iniziativa del Memorandum inviato agli stakeholder del Ssn. E recita un documentato atto di fede nelle potenzialità della tecnologia al servizio della razionalizzazione della spesa di settore: «Esistono già tantissimi strumenti a basso costo che potrebbero garantire grandi risparmi: dalle diagnosi remote al monitoraggio a domicilio dei pazienti, alle tecniche di Hta per il rilancio dell'innovazione disponibile», spiega. E prescrive la cura essenziale dell'ecosostenibilità: «L'ospedale è una piccola città molto poco efficiente e molto autosostenibile: con tecnologie più verdi, molto meno costose, si possono generare enormi risparmi: vale per la depurazione delle acque, lo smaltimento dei rifiuti, la gestione dell'illuminazione. In Lombardia, in Emilia e soprattutto in Toscana ci sono ospedali di media dimensione che hanno dimezzato i costi di gestione energetici, che valgono circa il 10% del conto economico di un ospedale. A livello di Ssn parliamo di una possibile riduzione di spesa da centinaia di milioni».

mondo più di 46mila persone in oltre 100 Paesi - dare il proprio contributo allo sforzo del Governo nella definizione delle strategie per la riduzione dei costi e l'incremento dell'efficienza, mettendo a disposizione competenze ed esperienze maturate in oltre un secolo di attività come leader nella tecnologia avanzata in molti settori industriali e civili anche in Italia, dove il giro d'affari complessivo è di 8,2 miliardi, di cui il 10% nel settore sanitario. Nell'agenda dei consigli, in primis, la creazione di reti tipo hub&spoke, nutrite dalla tecnologia e dalla diagnostica domiciliare leggera, per rendere il territorio indipendente dall'ospedale e capace di vigilare sul malato cronico con costi inferiori ai 10 euro giornalieri per un servizio 24/7 che usano come centrale d'ascolto le stesse strutture ospedaliere.

A seguire l'iniezione di onestà intellettuale che dovrebbe portare a informare correttamente i cittadini sulla necessità di chiudere i piccoli ospedali - incipienti rispetto alla necessità della dotazione tecnologica capace di garantire produttività e sicurezza adeguate. La ricetta razionale (e "alternativa" per un Ssn obsoleto) prevede lo svecchiamento e l'ottimizzazione del parco elettromedicale, lo sfruttamento delle macchine in fasce orarie prolungate e continue, il passaggio alle forniture *just-in-time*, la manutenzione e il monitoraggio

in remoto, il rispetto delle regole sugli appalti. E ancora, l'efficiamento a tappeto delle infrastrutture, facendo dell'eco-sostenibilità uno dei pilastri di crescita del Ssn. Perché, dice il Memorandum, «la spesa per il Ssn non è un male di per sé, ma è di cruciale importanza differenziare tra spesa utile (quella che investe in produttività ed efficienza) e spesa deteriorata, realizzata senza criteri di standardizzazione ed efficientamento di processi e strutture».

Sara Todaro

Autismo: un cane può aiutare

I genitori di bambini autistici dovrebbero prendere in seria considerazione l'adozione di un cane da compagnia per il proprio figlio. A giovarne è la possibilità di socializzazione con il mondo che li circonda e non solo



Scegliere di prendere in adozione un cane non è affatto semplice. **Non si tratta di un giocattolo** e ci vogliono tempo e spazio da dedicargli: un animale domestico ha bisogno di cure, compagni e amore.

La scelta poi diviene ancora più difficile quando si hanno bambini con qualche problema di salute, tra cui anche l'autismo. Tuttavia, secondo un ricercatore dell'Università del Missouri (MU), le famiglie con un bambino autistico che possiedono un cane sembrano **ottenere molti benefici in termini di benessere**. Tra questi c'è un netto miglioramento della gestione dello stress e un aumento delle responsabilità da parte del piccolo.

«I bambini con disturbi dello spettro autistico spesso lottano con l'interazione con gli altri, questo può causare difficoltà nel riuscire ad avere amicizie – spiega Gretchen Carlisle, ricercatore presso il Centro di Ricerca Interazione Uomo-Animale (ReCHAI) nel MU College di Medicina Veterinaria – I bambini con autismo possono beneficiare soprattutto dell'interazione con i cani, che possono fornire amore incondizionato, non giudicante, e compagnia».

Per arrivare a tali conclusioni, Carlisle ha intervistato settanta genitori di bambini affetti da autismo. Due terzi di loro possedeva un cane. Di questi, il 94% ha riferito che **i loro figli autistici stavano quasi sempre insieme al proprio cane**. Le famiglie restanti, che non possedevano animali, hanno dichiarato (il 70%) che i loro figli amavano stare insieme ai cani. Molti genitori che avevano cani in casa hanno detto di aver fatto questa scelta perché si erano resi conto dei benefici che ottenevano i propri figli.

«I cani possono aiutare i bambini con autismo, agendo come lubrificante sociale – continua Carlisle – Per esempio, i bambini con autismo possono avere difficoltà a interagire con gli altri bambini del quartiere. Se i bambini con autismo invitano i loro coetanei a giocare con i loro cani, poi i cani possono servire come ponti per aiutare i bambini con autismo a comunicare con i loro coetanei».

Per questo motivo, secondo l'autore dello studio, è importante che i genitori si rendano conto **dell'importanza di avere un animale da compagnia in casa** ai fini della socializzazione del proprio figlio.

«Portare un cane in una famiglia è un grande passo, ma per le famiglie di bambini con autismo,

possedere un cane dovrebbe essere una decisione che va presa molto sul serio – afferma Carlisle – Se un bambino con autismo è sensibile ai rumori forti, la scelta di un cane che abbaia molto non fornirà la migliore corrispondenza per il bambino e la famiglia. Se il bambino è sensibile al tocco, forse un cane con una pelliccia morbida, come un barboncino, sarebbe meglio di un cane con un pelo duro o ruvido, come un terrier».

Carlisle raccomanda ai genitori di **coinvolgere i loro figli** con autismo quando debbano scegliere un cane.

«Molti bambini con autismo conoscono le qualità che vogliono in un cane. Se i genitori riescono a coinvolgere i propri figli nella scelta dei cani per le loro famiglie, c'è una maggiore probabilità che i bambini abbiano esperienze positive con gli animali quando vengono portati a casa».

Lo studio è stato rivolto esclusivamente al possesso di un cane, tuttavia Carlisle pensa che vi sia la **possibilità che anche con altri animali domestici** si possa ottenere lo stesso beneficio.

«I cani possono essere meglio per alcune famiglie, anche se altri animali domestici come gatti, cavalli o conigli potrebbero essere più adatti ad altri bambini con autismo e le loro particolari sensibilità e interessi», conclude Carlisle.

«Questa ricerca aggiunge credibilità scientifica sui benefici dell'interazione uomo-animale. [...] Ci aiuta a capire il ruolo degli animali da compagnia nel migliorare la vita dei bambini con autismo e aiuta i professionisti sanitari a imparare a **guidare meglio le famiglie nella scelta di animali** per le loro famiglie», commenta Rebecca Johnson, professoressa al MU College di Medicina Veterinaria, Direttore di ReCHAI e Millsap, docente di infermieristica gerontologica presso il Sinclair School of Nursing MU.

Lo studio è stato pubblicato sul *Journal of Pediatric Nursing* con il titolo "Pet Dog Ownership Decisions for Parents of Children With Autism Spectrum Disorder".

<http://www.lastampa.it/2014/04/16/scienza/benessere/autismo-un-cane-pu-aiutare-BsyK2eDAyX116OrhuAid9J/pagina.html>