CORRIERE DELLA SERA.it

22-04-2014

Medici, assicurazioni ancora su Si paga anche 16mila euro l'anno

Secondo una ricerca dell'Ocse il 97% degli italiani si dice preoccupato di poter subire un errore medico e il 30% ha dovuto farci i conti nella realtà

Continuano a crescere i prezzi delle polizze assicurative destinate ai medici, fino ad arrivare a 15 o 16mila euro all'anno per specializzazioni come chirurgia o ostetricia. Secondo i dati dell'Ania (Associazione fra le imprese assicuratrici) nel 2011, rispetto all'anno precedente, i premi sono cresciuti del 5,5% per i singoli e del 3,6% per le strutture sanitarie. L'aumento delle polizze è legato all'aumento dei sinistri denunciati dai pazienti, che nel 2011 hanno raggiunto i 31.500 casi, di cui quasi i due terzi relativi a polizze stipulate da ospedali. Le denunce da cosiddetta *malpractice* medica hanno registrato una riduzione del 6,7% rispetto al 2010 ma il numero rimane uno dei più elevati degli ultimi dieci anni. Secondo una ricerca dell'Ocse sulla malasanità, i cittadini europei più terrorizzati dagli errori medici sono proprio gli italiani: il 97% dei nostri concittadini si dice preoccupato, a fronte del 30% che afferma di aver realmente subito un errore medico.

Risarcimenti alle stelle

Nel 2000, in Italia, le cifre dei risarcimenti erano schizzate a 2 miliardi e 400 milioni di euro, una cifra molto alta in confronto a paesi come l'Austria, in cui gli assicuratori pagavano 29 milioni all'anno, Germania (250 mln), Francia (350 mln), e superiore anche ai 750 milioni del Regno Unito. Negli ultimi anni le cause civili si sono stabilizzate e gli errori sanitari denunciati alle assicurazioni sono diminuiti, ma allo stesso tempo i costi continuano a salire. Quello medio per sinistro è passato da 40mila a 66mila euro. In totale, in nove anni, sono stati pagati risarcimenti per 1,5 miliardi, di cui 300 milioni solo nel 2012. L'ultimo report, «Medmal Italia» di Marsh, ha analizzato i dati di 96 strutture pubbliche, prendendo in considerazione i casi denunciati dal 2004 al 2012, mostrando come anche il valore assicurativo medio per il personale medico sia aumentato, variando fra i 5 e i 6mila euro.

Medicina difensiva

Insieme ai costi delle polizze e all'entità dei risarcimenti salgono i costi (per la sanità pubblica) della cosiddetta «medicina difensiva», cioè quella serie di pratiche e di esami che vengono erogati dal Servizio sanitario anche in assenza di una reale necessità. Il costo della medicina difensiva, secondo una stima di Cergas-Università Bocconi, oscilla intorno ai 13 miliardi di euro all'anno, circa il 10% del fondo sanitario nazionale. Dunque i problemi sono diversi. Da una parte ci sono i medici, in difficoltà per i costi eccessivi delle polizze assicurative e spesso anche nell'impossibilità di trovare compagnie disposte a erogarle. Dall'altra c'è il sistema assicurativo, che soffre di perdite economiche dovute a rapporti sempre più difficili con gli assicurati. Attilio Steffano, amministratore delegato di Assimedici, società assicurativa per i medici, conferma: «È un problema che si sta verificando da qualche anno e c'è difficoltà nel mondo assicurativo a trovare soluzioni per coprire determinate professioni mediche. Il ministro della Salute Lorenzin sta cercando di coinvolgere in un tavolo le compagnie assicurative che non vogliono erogare polizze ai medici». Problema centrale, per Steffano, è l'assenza di un chiaro panorama legislativo: «La legge Balduzzi è stata rinviata per due volte. Apparentemente può sembrare un successo il rinvio di un obbligo, ma non lo è perché così i medici hanno le stesse responsabilità, aggravate però dall'assenza di copertura assicurativa». Importante poi distinguere tra medico ospedaliero e libero professionista. «I dipendenti hanno la copertura assicurativa della struttura ospedaliera, anche se sempre più spesso gli ospedali ricorrono al fenomeno dell'autoassicurazione,

che non è una copertura assicurativa».

Bozza al vaglio delle Regioni

Un problema a parte è quello dei giovani medici appena specializzati. «Dopo che si specializzano non sono più sotto la copertura dell'ospedale, ma, diventando liberi professionisti, devono pagare fino a 13/14mila euro per una polizza», dice Steffano. Assimedici chiede dunque «una legislazione che possa stabilire una norma assicurativa obbligatoria, come è successo per le rc auto» e di stabilire un massimale di riferimento, con tabelle che determinano il danno massimo risarcibile. Lo schema di decreto sulle assicurazioni ai professionisti sanitari, previsto dalla legge Balduzzi del 2012, è frutto di oltre un anno di lavoro con i contributi di esperti dell'Ania, delle Regioni, dell'Ordine dei medici e dei collegi delle professioni sanitarie. Ora dovrà essere approvato dalle Regioni. Le regole si articolano secondo sei principali direttrici: contratti di durata almeno triennale, massimale minimo di un milione a sinistro l'anno, bonus e malus calcolati a scadenza contrattuale, divieto di recesso da parte dell'assicuratore, possibilità di stipulare copertura assicurativa professionale anche tramite convenzioni collettive e non opponibilità della franchigia al terzo danneggiato.

Il Fondo rischi sanitari

Altro asse portante sarà il Fondo rischi sanitari, al quale potrà accedere chi esercita professioni sanitarie con il rischio di arrecare danni rilevanti a terzi e non è in grado di trovare una copertura sostenibile sul mercato. Il Fondo sarà gestito da Consap (Concessionaria servizi assicurativi pubblici) e opererà sotto la vigilanza dei Ministeri della Salute e dello Sviluppo, con l'assistenza di un comitato che avrà il compito di fissare condizioni e modalità d'accesso. Per quanto riguarda il finanziamento del Fondo, il decreto rinvia a un ulteriore provvedimento dello Sviluppo il compito di determinare il contributo che le compagnie di assicurazione dovranno versare, fino a un massimo del 4% dei premi incassati nel precedente esercizio. Il Fondo sarà alimentato anche dai professionisti che ne richiederanno il supporto: l'importo verrà stabilito dal comitato del Fondo e dovrà essere versato per almeno cinque anni.

Dipendenti e liberi professionisti

Un altro problema è che l'esclusione della responsabilità penale lieve, all'interno del decreto, non fa venir meno l'obbligo di risarcire il danno. E dal 15 agosto tutti i medici saranno tenuti a sottoscrivere una polizza di responsabilità civile professionale. Il direttore centrale dell'Ania Roberto Manzato insiste sulla distinzione tra medici dipendenti e liberi professionisti. «Per i primi le polizze sono disponibilissime - sottolinea - e i costi sono bassi, anche per categorie rischiose come l'ortopedico, l'anestesista o il cardiochirurgo. Per polizze che hanno massimali fino a 5 milioni il prezzo varia da 690 a 840 euro all'anno». Diversa la situazione per i liberi professionisti: «Per le specializzazioni non rischiose, come la medicina generale, la disponibilità è molto alta e i costi sono relativamente contenuti. Critica invece la situazione per i liberi professionisti che esercitano specializzazioni molto rischiose come il chirurgo estetico, che per avere una polizza che abbia un massimale di 2 milioni annui deve pagare anche 20mila euro all'anno».

http://www.corriere.it/salute/14_aprile_21/medici-assicurazioni-ancora-si-paga-fino-16mila-euro-l-anno-75c1be76-c953-11e3-8f30-ecd4cc57e75b.shtml

ANSA.it

22-04-2014

DL IRPEF: LORENZIN, ORA RISPARMI INTELLIGENTI PER 10 MLD

(ANSA) - ROMA, 22 APR - "Con i tagli previsti dalla Ragioneria si sarebbe inciso sulla spesa ospedaliera, che ha gia' subito tagli per 25 miliardi di euro in 5 anni. Invece stavolta si responsabilizzano i decisori ai vari livelli politici". Intervistata da Repubblica e Stampa, Beatrice Lorenzin esprime soddisfazione per gli scampati tagli lineari al Ssn. Adesso, dice il ministro della Salute, "dalle nuove linee di programmazione contiamo di poter ricavare risparmi per 10 miliardi di euro in tre anni". I risparmi si realizzeranno "grazie alla digitalizzazione del sistema sanitario e alla riorganizzazione degli acquisti. Le Regioni dovranno dotarsi di centrali uniche d'acquisto", spiega Lorenzin. "Un risparmio enorme arrivera' anche dalla gestione appropriata delle degenze ospedaliere. Dovremo risparmiare e reinvestire, non posso chiedere allo Stato i 6-7 miliardi che ci servono, dobbiamo trovarli in casa". "Da sempre ho detto che il Ssn non puo' sopportare un taglio lineare. Poi, pero', alla ricerca di coperture, i dirigenti del ministero dell'Economia hanno tirato fuori le classiche tabelle sulla spesa ospedaliera, territoriale e gli accreditamenti, settori sempre colpiti. Ma questa non e' politica sanitaria, e' solo un modo di fare cassa: gli sprechi si annidano in beni e servizi", sottolinea Lorenzin. "Il presidente Renzi ha capito benissimo il mio ragionamento, condividendo l'idea che i ragionieri fanno i conti e i ministri la politica sanitaria". Sul rischio che il taglio di 700 milioni chiesto alle Regioni si ripercuota sulla sanita', "la scelta si fara' Regione per Regione in modo chirurgico", afferma Lorenzin. "Nei prossimi due mesi dalle Regioni deve arrivare una grandissima assunzione di responsabilita': non e' piu' tempo di difendere piccoli interessi, ma di fare grandi scelte". Quanto al Patto per la salute, 'se le Regioni ci stanno, in due o tre giorni lo chiudiamo. Io conto di farcela per i primi di maggio". (ANSA).

https://mida.ansa.it/midagate/news_view.jsp

la Repubblica

Quotidiano

Data 22-04-2014
Pagina 35
Foglio 1

> NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

I miliardi della sanità corrotta

LA MINISTRA Lorenzin dice che aver evitato tagli alla Sanità «non è solo un vittoria mia ma di tutti i cittadini». Bontà sua. La realtà è un'altra: all'unanimità il mondo della salute si era schierato contro l'ennesimo intervento punitivo verso un settore fondamentale del Welfare. C'è stata dunque una marcia indietro e il premier Renzi, che non è autolesionista, sa che le elezioni europee sono importanti per il governo. Ma a parte calcoli, pressioni, rivendicazioni, è noto che i tagli servono a poco. Perché si deve andare più in profondità e colpire l'insieme della corruzione. Stando ad un rapporto dell'Ispe (Istituto per l'etica in sanità), incide direttamente per 6,4 miliardi di euro. Ma calcolando inefficienza e sprechi si arriva a ben 23,6 miliardi. Un cifra enorme. Altro che insostenibilità del Ssn se si lavorasse seriamente su questa voragine di soldi.

guglielmpepe@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

ItaliaOggi

Quotidiano

Data 22-04-2014
Pagina 32
Foglio 1

Per i medici arriva il Fondo rischi sanitari

È ancora solo una bozza, eppure il regolamento sulla Rc per le professioni sanitarie, presto in dirittura d'arrivo, già fa discutere. E mette di traverso soprattutto la Fnomceo, la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri, che parla di un testo non condivisibile senza le opportune modifiche. Si tratta di un provvedimento particolarmente atteso visto l'obbligo, a partire da agosto 2014, per i professionisti della sanità (dopo tutti gli altri) di stipulare un'assicurazione contro danni provocati dall'esercizio dell'attività professionale. Il documento è frutto del lavoro del tavolo ad hoc istituito al ministero della salute ma si attende un nuovo confronto con i sindacati del comparto (Cgil, Cisl, Uil Fials, Fsi e Nursind) il 29 aprile. Ma cosa prevede e a chi è rivolto? Le novità non sono poche. Innanzitutto sono definiti chiaramente i contorni: l'obbligo si applica al libero professionista «esercente le professioni sanitarie e al personale sanitario delle Asl, Ao, istituti ed enti del Ssn o strutture private con rapporto di lavoro di dipendenza o altra tipologia di rapporto di lavoro». Ma è soprattutto una la novità attorno alla quale ruota il regolamento: la creazione di un Fondo rischi sanitari, pensato per garantire idonee coperture assicurative per chi opera nelle cosiddette aree a rischio (ginecologia, chirurgia, ortopedia e anestesia), più di altre sottoposte a premi elevatissimi da parte delle compagnie assicurative. Il Fondo è costituito presso la Consap spa, Servizi assicurativi pubblici partecipata dall'Economia, mentre la sua gestione sarà affidata a uno specifico comitato. Al Fondo si potrà accedere nel caso venga richiesto un premio che non rientri nei parametri e condizioni standard definiti dal Comitato, oppure se il mercato assicurativo rifiuti espressamente la relativa copertura. In ogni caso vi sarà una priorità di accesso per i più giovani. Ma il Fondo così pensato dice, Luigi Conte, segretario generale della Fnomceo non può funzionare. «Innanzitutto va precisato meglio quali professionisti possono accedere a questa copertura, non solo facendo riferimento a un'eventuale dichiarazione dei redditi del professionista senza meglio precisarne i contorni. In secondo luogo il fondo per come è stato definito dai parametri contenuti nella legge Balduzzi risultava totalmente insufficiente ad assicurare una certa copertura». Altra novità riguarda la durata dei contratti che dovranno essere minimo di tre anni e potranno essere stipulate polizze anche tramite convenzioni collettive. Per quanto riguarda invece il massimale, sarà di 1 milione di euro per ciascun sinistro e per ciascun anno. Inoltre, a ogni scadenza contrattuale dovrà essere prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa. E le previsioni di copertura pregressa o postuma tanto care ai professionisti? Nella norma non ve ne è traccia, e questo dice ancora Conte «è un altro punto da ridiscutere».

Benedetta Pacelli

PROFESSIONI

Elezioni, rischia la lista unica

Parte dal Nael la fronda per uno schieramento alternativo

NEF

Per i medici arriva il Fondo rischi sanitari

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Avvenire

Quotidiano

Data 22-04-2014
Pagina 12
Foglio 1

TUMORI

Un albero genealogico «traccia» le metastasi Basta un test

Basta un test per ricostruire "l'albero genealogico" delle metastasi e prevedere in questo modo come il tumore si diffonde nell'organismo. Lo ha messo a punto il gruppo di ricerca guidato dall'Ospedale Generale del Massachusetts, che lo ha descritto sulla rivista dell'Accademia delle scienze degli Stati Uniti, Pnas. Sperimentato su 22 pazienti con il tumore del colon, il test permette in particolare di determinare le relazioni di "parentela" tra il tumore primario e le metastasi in atto. Avere a disposizione questi dati è molto importante per definire cure mirate. Finora ottenerli richiedeva analisi genetiche molto complesse e lunghe.

Salvati 1.200 migranti
Lega contro i soccorsi

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

TUMORI: INFIAMMAZIONE PROSTATA ASSOCIATA A CANCRO AGGRESSIVO

(AGI) - Philadelphia, 22 apr. - La presenza di infiammazione cronica nel tessuto prostatico benigno e' associabile al rischio maggiore di insorgenza del cancro alla prostata piu' aggressivo. Una correlazione valida anche tra i pazienti con livelli bassi di PSA, l'antigene prostatico specifico, secondo un nuovo studio condotto da Elizabeth A. Platz della Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health pubblicato su Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention dell'American Association for Cancer Research. Dai risultati delle biopsie effettuate dallo studio - su un sotto-campione del Prostate Cancer Prevention Trial che ha coinvolto un totale di 18.882 - e' emerso che i pazienti con il tessuto prostatico benigno infiammato hanno 1,78 volte in piu' le probabilita' di ammalarsi di cancro alla prostata e 2,24 volte in piu' le possibilita' di subire la forma piu' aggressiva rispetto a coloro con tessuto prostatico non infiammato.

Il Sole 24 ORE

Quotidiano

Data 22-04-2014
Pagina 19
Foglio 1 / 2

Sanità & tecnologia

LA SFIDA DEL BENESSERE

La sfida. Per Luigi Martinelli (foto), direttore di Cardiochirurgia al Niguarda, le nuove tecnologie devono essere efficaci e sostenibili

Il divario. Dai medici italiani le stesse attività dei colleghi francesi e tedeschi ma con un quarto delle risorse in meno

Salute fra innovazione e sostenibilità

Serve maggior correlazione fra le politiche di welfare e quelle industriali

di **Paolo Bricco**

Tecnologia e medicina. Industria e sanità. Legami complessi e delicati. Che, in Italia, a causa dei vincoli finanziari a cui è sottoposto l'intero Sistema Paese, si trovano ora a un bivio. Inseguire l'innovazione e curare meno persone? O adoperare strumenti più consolidati e maturi che già garantiscono buoni risultati con molti pazienti, ma rischiando così di perdere il treno dell'innovazione?

«Oggi - dice Luigi Martinelli, direttore di Cardiochirurgia all'ospedale Niguarda di Milano - esiste un tema insieme scientifico e deontologico, gestionale e etico: la compatibilità dell'universalità del nostro sistema sanitario con le nuove tecnologie. La sfida è che esse siano efficaci e appropriate. Ma anche sostenibili».

I medici italiani, che di fatto ogni giorno uniscono al camice la calcolatrice del *controller*, sanno che - in ospedale - devono conciliare innovazione e sostenibilità economica. Come evidenzia l'ultimo rapporto Oasi del Cergas della Bocconi, i medici italiani fanno le stesse cose dei loro colleghi francesi e tedeschi, ma hanno a disposizione un quarto delle risorse in meno. In Italia la spesa sanitaria procapite è coperta al 77% dalla spesa pubblica e al 20% dalle famiglie, mentre solo il 3% dalle assicurazioni, che pesano in Germania per il 12% e in Francia per il 16 per cento. «Alcuni osservatori superficiali - rileva Francesco Longo, direttore del Cergas - tendono ad accreditare una relazione diretta fra la crescente copertura delle assicurazioni e l'accesso alle nuove tecnologie. In realtà, non è così. La questione è di carattere sistemico: il nostro Paese ha un tale squilibrio nei conti che, alla fine, per la nostra spesa sanitaria sono sostenibili solo le tecnologie, come i farmaci, con un minimo di "maturità". Di solito è riscontrabile un *gap* di due tre anni con le innovazioni. Che arrivano da noi quando il loro prezzo è sceso. Diverso il caso delle innovazioni che rompono i paradigmi. Ma, davvero, sono pochissime. Lo *standard* è un altro». Dunque, il rapporto fra tecnologia e medicina, fra industria e sanità in Italia è riconducibile a una questione, in apparenza banale ma in realtà estremamente complessa: quando conviene cambiare tecnologia, sostituendo una vecchia (più economica) con una nuova (più cara, ma con maggiore potere curativo)?

La quotidianità, negli ospedali, è complicata. Le risorse tendono a ridursi e non sempre vengono utilizzate al meglio in termini di efficienza. La cardiochirurgia è uno dei terreni più avanzati in cui sperimentare il paradosso della tecnologia migliore che potrebbe non costituire, in assoluto, la decisione migliore. Allo stesso tempo, compiere scelte sistematicamente non rischiose potrebbe portare il sistema sanitario italiano lontano dalla frontiera tecnologica. Decisioni complicate che vengono affrontate nella Cardiochirurgia del Niguarda, dove ogni anno si susseguono novecento casi su quattromila ricoveri di pazienti cardiopatici. Novecento casi trattati da sedici degli ottanta medici impegnati nel Dipartimento Cardiotoracovascolare del Niguarda, che viene affiancato nelle sue attività di ricerca e di cura dalla Fondazione Centro Cardiologia e Cardiochirurgia Angelo De Gasperis.

«Ci sono alcuni esempi che mostrano davvero la contraddizione potenziale - aggiunge Martinelli - in cui rischiamo di incorrere non soltanto noi come reparto di eccellenza del Niguarda, ma tutta la sanità italiana». La cardiochirurgia, con la sua miscela di innovazione radicale e di innovazione incrementale, ha una sua forza emblematica. Un primo esempio è costituito dal cuore artificiale. Quello che viene tecnicamente definito Vad (*Ventricular assist device*). In Italia il Vad significa la differenza fra vivere e morire, dato che i donatori di cuore sono sempre meno: nel 2013 sono stati eseguiti 219 trapianti (il 40% in meno rispetto a cinque anni prima) e sessanta italiani in lista per il trapianto sono morti per la mancanza di cuori idonei. Il modello oggi più adoperato costa 85mila euro. Dopo due anni è vivo l'80-90% dei pazienti, contro il 25% di quelli che fanno la sola terapia medica. La nuova generazione viene offerta a 100mila euro e comporta una qualità della vita più elevata. «Il cavo che esce dal corpo è molto più sottile - spiega Martinelli - e le batterie pesano quasi la metà. La qualità della vita del paziente è molto migliore». Costa quindicimila euro in più. Il rischio è che - a parità di *budget* - se ne possano curare di meno. Non tanti in meno, ma qualcuno in meno sì.

Questa contraddizione - qualità della vita *versus* incidenza sui *budget* fissi - viene spesso esaltata. Prendiamo il trattamento dell'insufficienza mitralica con le neo-corde in *goretex*. Il trattamento convenzionale richiede l'apertura del torace, l'intervento a cuore aperto e la circolazione extracorporea. Il paziente ha un periodo di ricovero di due-tre settimane. Il suo recupero psico-fisico può durare anche due-tre mesi. «L'utilizzo della nuova tecnologia - ricordano al Niguarda - permette una incisione di pochi centimetri per accedere all'apice del ventricolo sinistro. L'impatto sul corpo e sulla psiche del paziente è decisamente minore». Peccato che, con il metodo tradizionale, il prezzo del materiale protesico si aggiri intorno ai 5mila euro, mentre con quello nuovo sia pari a circa 16mila euro. Al congresso dell'American College of Cardiology, nel

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

marzo del 2014, è stato presentato uno studio su trenta pazienti. Risultati incoraggianti. Metodica sicura. Costa più del triplo. «Non è mai semplice orientarsi - avverte Martinelli - anche perché, a livello internazionale, è capitato che, a fronte di grandi entusiasmi iniziali, alcune tecnologie abbiano dato risultati tutt'altro che strabilianti. Un esempio è stata la denervazione renale».

La questione non riguarda solo il nostro Paese. «In realtà - osserva Fabrizio Landi, fino a un anno fa ad di Esaote e oggi impegnato nel Distretto toscano di scienze della vita - riguarda tutto l'occidente. Nella letteratura americana viene definito *health technology assessment*. Vale nelle attività in cui il paziente può essere prossimo alla morte, come la cardiochirurgia. Ma vale anche in altre specializzazioni. Per esempio, l'ortopedia: basta pensare alla scelta fra un "chiodo" di chiusura post trauma e una protesi al titanio, alla differenza di costo ma anche alla differenza nella qualità della vita di chi viene operato». Inoltre, la scarsità di utilizzo indebolisce il nostro sistema industriale: se i nostri medici non usano una nuova tecnologia dall'impatto radicale sulla terapia, sarà probabilmente più difficile che il nostro sistema imprenditoriale possa decidere di svilupparla e "industrializzarla", riuscendo magari ad esportarla.

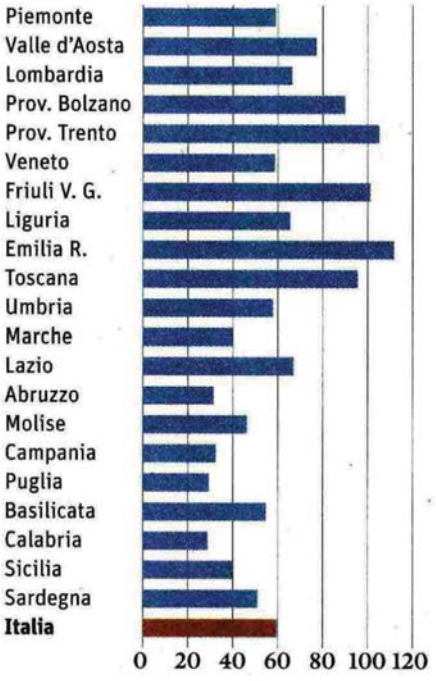
Per Landi, a questo punto, occorrono linee di *policy* precise. «Ogni Regione - osserva Landi - tende a creare centri di eccellenza che aiutino a superare la divergenza della crescita delle tecnologia e della riduzione dei *budget* a disposizione, luoghi in cui indirizzare certe patologie per avere maggior massa critica e quindi efficienza anche economica. Va bene. Andrebbe anche meglio se, però, a livello nazionale ci fossero indicazioni e linee precise di *health technology assessment*, magari tramite un coordinamento. Come capita all'estero. Credo che, al Governo, ci stiano pensando. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, si è espressa in pubblico a favore di questo. Se questa intenzione si trasformasse in realtà, sarebbe una cosa assai utile».

Storicamente, nel nostro Paese, le politiche di welfare e le politiche industriali sono state considerate distinte. Invece, nella modernità, esse sono intimamente correlate.

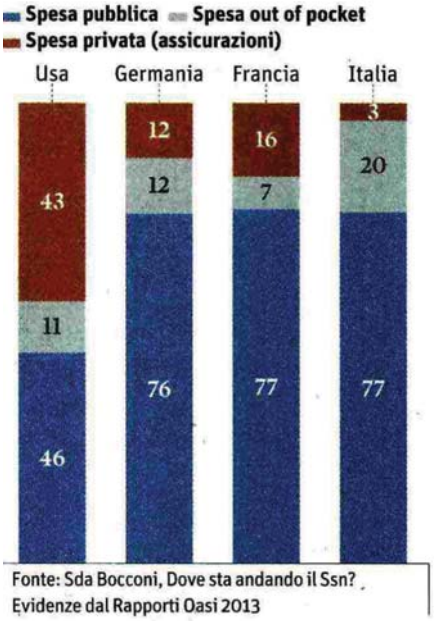
© RIPRODUZIONE RISERVATA

La spesa per stare bene

EMILIA IN TESTA NEGLI INVESTIMENTI
Gli investimenti netti medi pro capite per regione (2004-2010). **Dati in euro**



LA SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO
Confronto internazionale: la scomposizione della spesa sanitaria pro capite per finanziatore (pubblico/privato). **In percentuale**



Fonte: Sda Bocconi, Dove sta andando il Ssn? Evidenze dal Rapporti Oasi 2013

PIÙ PUBBLICO, MENO PRIVATO
In Italia i costi per ogni cittadino sono coperti al 77% dallo Stato, al 20% dalle famiglie e solo al 3% dalle assicurazioni (in Germania al 12% e in Francia al 16%)

LA STRADA DA SEGUIRE
Ogni Regione tende a creare centri di eccellenza ma sono necessarie linee guida nazionali di health technology assessment per un vero coordinamento

Salute fra innovazione e sostenibilità

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

la Repubblica

Quotidiano

Data 22-04-2014
Pagina 36/37
Foglio 1 / 5

Interazioni. La somministrazione di vino o birra quando si usano antidepressivi o ansiolitici negli anziani e nei giovani può avere conseguenze gravi

Uno studio brasiliano e uno francese rilanciano l'allarme sugli effetti sottovalutati

Il mix rischioso tra alcolici e psicofarmaci

FRANCESCO CRO *

PSICOFARMACI e alcol. Un'associazione poco consigliabile ma che nella pratica si verifica più spesso di quanto sarebbe opportuno, esponendo a rischi non trascurabili soprattutto i pazienti appartenenti alle fasce di età più vulnerabili: ragazzi e anziani.

Emérita Opaleye e i suoi colleghi del Dipartimento di psicobiologia dell'università federale di San Paolo del Brasile hanno somministrato un questionario sull'uso di ansiolitici, alcol, tabacco e altre sostanze psicotrope a circa quarantottomila studenti di età compresa tra i dieci e i diciotto anni. Risultato: l'uso di tranquillanti è diffuso nel 4% del campione intervistato, soprattutto tra le studentesse più grandi, benestanti e iscritte a scuole private. Chi utilizza farmaci non prescritti dal medico tende maggiormente a essere un fumatore e a fare uso anche di altre sostanze, soprattutto alcolici, la cui associazione con gli ansiolitici è particolarmente rischiosa per il possibile sommarsi (dipende dalla dose) del loro effetto sedativo che può compromettere il sistema nervoso causando disinibizione comportamentale, perdita dei riflessi, sonnolenza, amnesia e, nei casi più gravi, coma con depressione dell'attività respiratoria.

L'abuso contemporaneo di ansiolitici e alcolici è particolarmente frequente, secondo i ricercatori brasiliani, tra gli adolescenti molto timidi e preoccupati nelle situazioni sociali, che tentano in questo modo di superare il loro stato di inibizione ansiosa.

L'internista Cédric Gaxatte, della clinica gerontologica dell'ospedale universitario di Lille (Francia), ha invece segnalato un alto rischio di cadute negli anziani in cura con antidepressivi che assumano abitualmente alcolici. Il meccanismo è quello della cosiddetta "ipotensione ortostatica": un calo improvviso della pressione arteriosa che si verifica quando si passa velocemente dalla posizione sdraiata o seduta a quella in piedi, più frequente con l'avanzare dell'età a causa dell'alterazione dei sistemi che regolano il tono dei vasi sanguigni e la circolazione cerebrale in risposta agli stimoli gravitazionali. Alcolici e farmaci intervengono compromettendo ulteriormente il funzionamento di questi sistemi fisiologici.

L'alcol agisce immediatamente, in maniera dipendente dalla dose e dalla sensibilità individuale: in quantità moderate è ansiolitico e disinibente, fino all'euforia, mentre con assunzioni più massicce prevalgono gli effetti sedativi, anestetici e di deficit della memoria. L'etanolo esercita la sua azione sul sistema nervoso centrale legandosi ai recettori cellulari di tipo A per l'acido gamma-aminobutirrico (GABA), il principale neurotrasmettitore inibitorio presente nell'organismo, e facilitando l'ingresso nei neuroni degli ioni cloro, che accentuano la polarizzazione elettrica negativa delle cellule nervose diminuendone l'eccitabilità.

Questa azione si somma a quella di molti psicofarmaci, come le benzodiazepine (i comuni ansiolitici) o i barbiturici, il cui effetto è mediato dagli stessi recettori. Per questo motivo gli psicofarmaci esistenti in commercio riportano quasi sempre, nelle indicazioni contenute nel foglietto illustrativo, l'avvertenza di non assumere contemporaneamente bevande alcoliche: l'inosservanza di tale raccomandazione, accidentale o volontaria (allo scopo di potenziare gli effetti sedativi dei farmaci) può comportare gravi rischi per la propria incolumità, soprattutto alla guida di autoveicoli, e per la propria salute.

Ma i farmaci possono anche essere utilizzati con successo per combattere la dipendenza da alcol: le benzodiazepine, proprio in virtù della sovrapposizione del loro effetto con quello dell'etanolo a livello neuronale, sono utili per controllare i sintomi dell'astinenza, mentre altre sostanze, come il nalmefene, antagonista degli oppiacei recentemente introdotto in commercio per il trattamento dell'alcolismo, aiutano a ridurre considerevolmente il desiderio di alcol e la quantità di bevande alcoliche assunte.

Non va dimenticato che fino al 50% degli alcolisti soddisfa i criteri diagnostici per la depressione maggiore. L'uso di alcolici comporta aumento del rischio di violenza fisica, suicidio, problemi comportamentali, deterioramento dei rapporti sociale e delle prestazioni lavorative. Il consumo acuto di alcol diminuisce la capacità del fegato di metabolizzare gli psicofarmaci, potenziandone gli effetti tossici; l'uso cronico invece, ne stimola il metabolismo, diminuendone l'efficacia terapeutica. L'uso eccessivo di alcol può potenziare la tossicità epatica e facilitare il sanguinamento gastrico da antidolorifici. L'assunzione contemporanea di alcolici e antiepilettici aumenta la tossicità di entrambi. Con una particolare classe di antidepressivi (inibitori delle mono-amino-ossidasi) sono possibili crisi ipertensive se assunti insieme con birra o vino.

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

la Repubblica

Quotidiano

Data 22-04-2014
Pagina 36/37
Foglio 2 / 5

Le bevande alcoliche aumentano l'effetto sedativo dei farmaci antipsicotici e facilitano la comparsa di effetti collaterali di tipo parkinsoniano (tremore, rigidità, rallentamento).

**Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale, Viterbo*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Si somma l'azione sedativa con perdita di riflessi, amnesia fino a difficoltà respiratorie

Campagna

Un finale migliore è lo slogan della campagna per la lotta all'alcol-dipendenza e il sito *www.unfinalemigliore.it* dove esperti di 5 società scientifiche rispondono a domande anonime

I RAGAZZI

Le sfide sul bere dai danni estremi tra coma etilico e incidenti d'auto

IRMA D'ARIA

BINGE drinking: bere consecutivamente più di sei bicchieri di alcolici per procurarsi una sbronza. Drunkoressia: bere in condizione di digiuno per potenziare gli effetti degli alcolici. Neknominat: ingerire tutto d'un fiato grandi quantità di alcol facendosi riprendere e pubblicando sul web per lanciare la sfida a qualcun altro. Sono le nuove tendenze estreme diffuse tra gli adolescenti che fanno i primi "assaggi" già negli anni della scuola media. Secondo le stime dell'Osservatorio Nazionale Alcol, nonostante l'innalzamento dell'età minima legale per la vendita di alcolici, circa un milione di ragazzini riceve e consuma bevande alcoliche. L'abuso di alcol è anche la prima causa di morte tra i ragazzi. Un decesso su 3 per i maschi e 1 su 5 per le donne si potrebbe evitare non guidando dopo aver bevuto. «Si calcola che tra i 18 e i 24 anni il 24% di maschi affronta maratone di bingedrinking. Inoltre, il 13% di tutte le intossicazioni alcoliche dei teenager sotto i 14 anni si risolve con una corsa al pronto soccorso», spiega Emanuele Scafato direttore dell'Osservatorio nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità. Dall'ultimo report epidemiologico presentato in occasione dell'Alcol Prevention Day, emerge che i ragazzi non bevono tutti i giorni ma lo fanno soprattutto nei luoghi di aggregazione come i bar, le birrerie, i pub e le discoteche. «In Italia ci sono circa 4 milioni di Binge Drinker. Il picco si registra tra i 20 e i 24 anni ma il fenomeno è diffuso anche tra gli adulti», aggiunge Scafato. Preoccupanti anche i dati della drunkoressia: si stimano 300 mila casi di ragazzi tra i 14 e i 17 anni, casi che 8 volte su 10 riguardano il sesso femminile. Ma l'ultima moda è quella della Neknominat, letteralmente attaccarsi al collo (nek) della bottiglia per scolarsi d'un colpo il contenuto e filmarsi e postarsi, condividerlo su Facebook sfidando a chi ne beve di più. «Purtroppo il finale è quasi sempre scontato: coma etilico, incidente stradale, intossicazione alcolica, violenza», commenta Scafato. I danni sono molto più insidiosi rispetto al consumo quotidiano: «Fino ai 18 anni non si riesce a metabolizzare l'alcol che, quindi, circola liberamente nell'organismo causando la degenerazione irreversibile dell'ippocampo, una area essenziale per la memoria», dice l'esperto. A questi danni e a quelli provocati dall'alcol al fegato, si sommano pericolosi sbalzi di peso, aritmie cardiache e steatosi epatica (cioè infarcimento di grassi nel fegato, primo passo verso la cirrosi).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Poliabusi

Abuso di alcol e sostanze stupefacenti *una miscela esplosiva* utilizzata dai giovani per "sballare": così si aprono le porte alle dipendenze

Terapia soft

Al Gemelli di Roma (0630154122, ore 10-14) terapia-soft per alcolisti gravi con Nalmefene, sostegno psicosociale e riduzione graduale

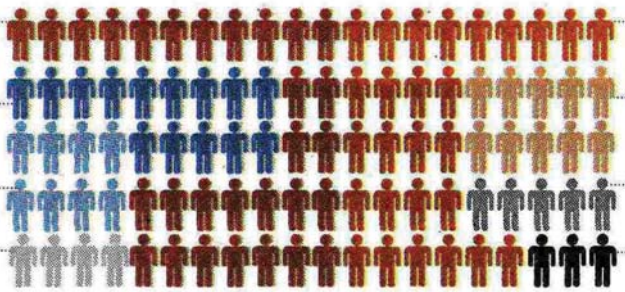
IN CIFRE

IN ITALIA

30mila
morti all'anno

8 ragazzi su 10 consumano alcol

I TRATTAMENTI DISINTOSSICANTI



- **30%** Terapia medico/farmacologica
- **14%** Trattamento socio-riabilitativo
- **7,8%** Gruppo di autoaiuto
- **3,6%** Altro
- **26,5%** Counseling all'alcolista e alla famiglia
- **10,3%** Trattamento psico-terapeutico
- **5,1%** Ricovero in ospedale
- **2,7%** Inserito in comunità

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

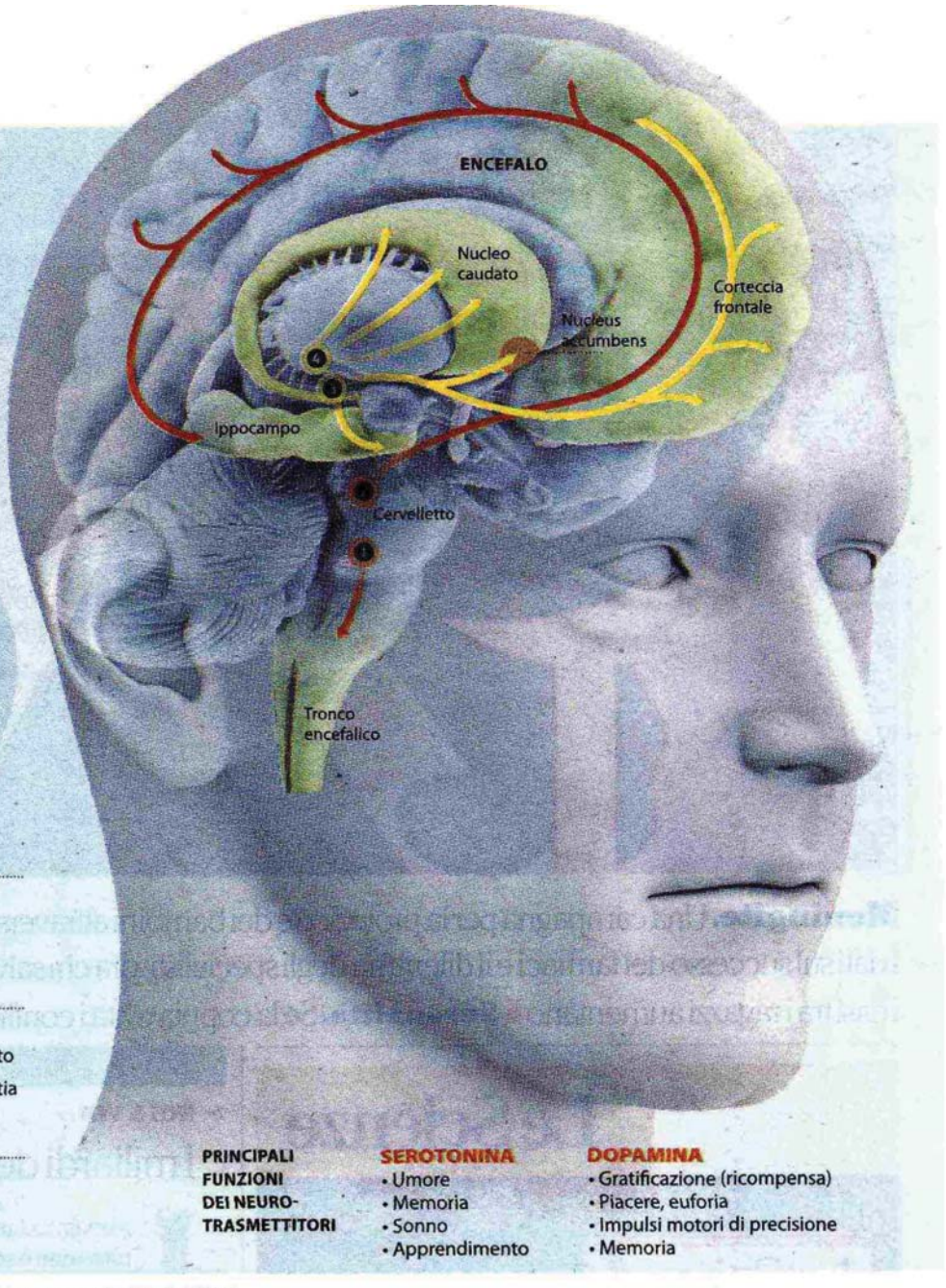
la Repubblica

Quotidiano

Data 22-04-2014
Pagina 36/37
Foglio 3 / 5

Mediatori chimici e vie nervose

La dopamina e la serotonina sono due mediatori chimici sui quali intervengono gli psicofarmaci. Ecco le zone del cervello dove hanno origine e agiscono le loro funzioni specifiche



ALCOL E PSICOFARMACI

L'alcol influenza il funzionamento delle sinapsi, le stesse su cui agiscono gli psicofarmaci

LEGENDA

Vie nervose che usano la serotonina
1. Nuclei
2. del Rafe

Vie nervose che usano la dopamina
3. Tegmento
4. Substantia nigra

Aree del cervello coinvolte

PRINCIPALI FUNZIONI DEI NEUROTRASMETTITORI	SEROTONINA	DOPAMINA
	• Umore • Memoria • Sonno • Apprendimento	• Gratificazione (ricompensa) • Piacere, euforia • Impulsi motori di precisione • Memoria

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

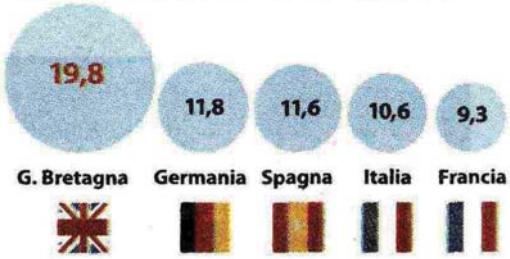
la Repubblica

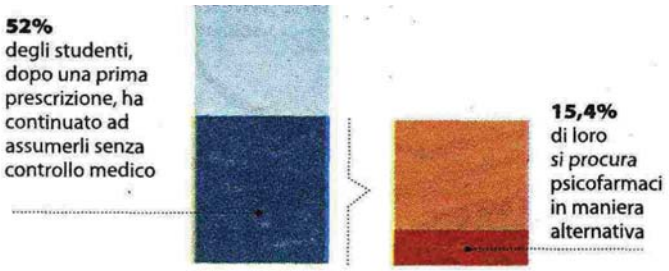
Quotidiano

Data 22-04-2014
Pagina 36/37
Foglio 4 / 5

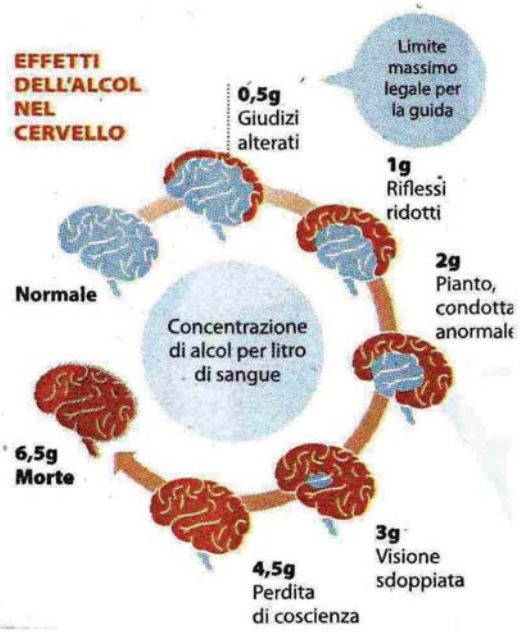
LA DEPRESSIONE IN EUROPA

Sul totale della popolazione adulta di ogni paese, in %



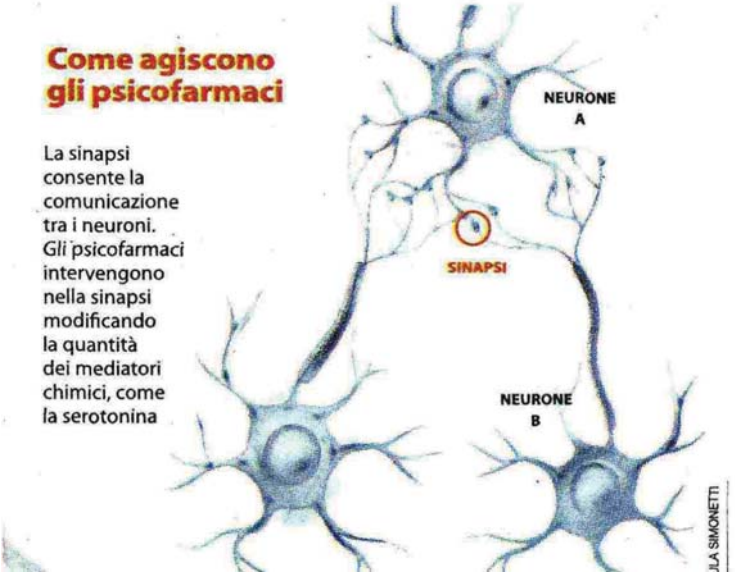


EFFETTI DELL'ALCOL NEL CERVELLO



Come agiscono gli psicofarmaci

La sinapsi consente la comunicazione tra i neuroni. Gli psicofarmaci intervengono nella sinapsi modificando la quantità dei mediatori chimici, come la serotonina



Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

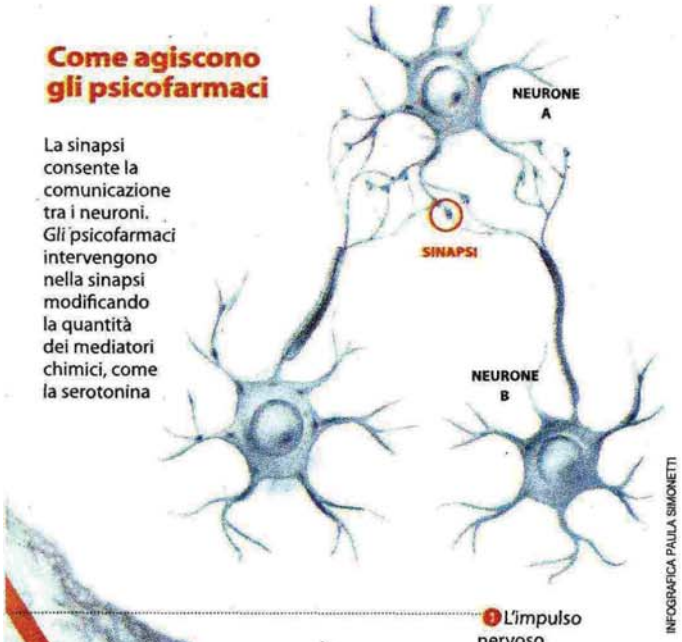
la Repubblica

Quotidiano

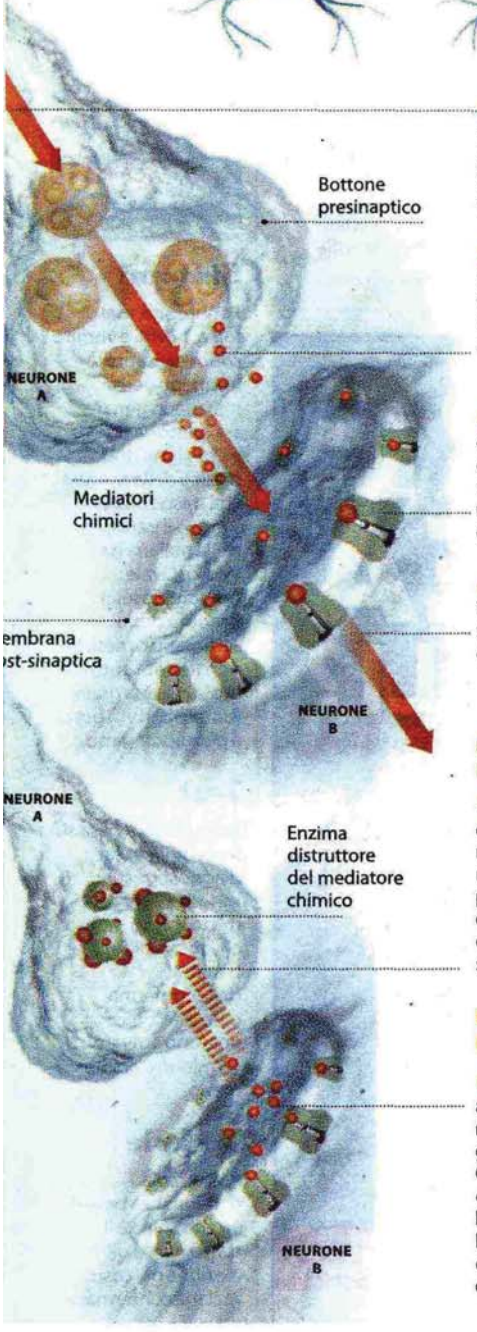
Data 22-04-2014
Pagina 36/37
Foglio 5 / 5

Come agiscono gli psicofarmaci

La sinapsi consente la comunicazione tra i neuroni. Gli psicofarmaci intervengono nella sinapsi modificando la quantità dei mediatori chimici, come la serotonina



INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI



1. L'impulso nervoso giunge nel bottone presinaptico
2. Attiva la liberazione del mediatore chimico nello spazio sinaptico
3. Il mediatore chimico raggiunge e attiva dei recettori specifici, modificando la loro carica elettrica
4. Questa modifica innesca l'impulso nervoso del neurone B

NELLA SINAPSI NORMALE

5. Il mediatore chimico viene riassorbito nel bottone pre-sinaptico e distrutto da parte di un enzima specifico

NELLA SINAPSI MODIFICATA

5. La permanenza a lungo del mediatore chimico genera più impulsi. Questo si ottiene con farmaci che bloccano l'enzima distruttore o il riassorbimento del mediatore

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

quotidianosanità.it

Martedì 22 APRILE 2014

Quando troppo sole fa male. Arriva in Italia una terapia innovativa in gel contro la cheratosi attinica

In Italia ne sono colpite 400 mila persone. Ma la diagnosi viene fatta solo nel 44% dei casi. Eppure la malattia causata dall'esposizione al sole può degenerare in forme tumorali della pelle. Disponibile ora un trattamento rapido ed efficace per applicazione topica a base di ingenolo mebutato.

Da oggi la terapia della cheratosi attinica è più semplice che mai: basterà applicare sulla pelle colpita da questa lesione precancerosa un gel a base di ingenolo mebutato, una volta al giorno per due-tre giorni di seguito. Il farmaco, prodotto dalla danese LEO Pharma, ha ricevuto l'Ok dell'FDA e dell'EMA e adesso arriva in Italia, rimborsato dal Sistema Sanitario Nazionale. "I principali vantaggi di questo prodotto – afferma **Giovanni Pellacani**, Professore ordinario di Dermatologia e Direttore della Clinica Dermatologica dell'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia - consistono nella breve durata della terapia, che facilita la *compliance* e nell'efficacia anche a lungo termine".

Nella cute intorno alla lesione visibile possono essere presenti altre lesioni subcliniche, invisibili ad occhio nudo, che vanno anch'esse trattate. "Nella cheratosi attinica il cosiddetto 'campo di cancerizzazione' si presenta come cute apparentemente sana, che circonda la lesione visibile - spiega **Ornella De Pità**, *Past President* ADOI, Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani, membro del Direttivo e dermatologo presso il Laboratorio di Immunologia e Allergologia dell'IDI di Roma - A circa 7 centimetri dalla lesione primitiva, sono in genere presenti cellule mutate a diversi stadi di differenziazione, che possono trasformarsi in lesioni cancerose; per questo è necessario estendere l'area da trattare anche a queste zone ed eventualmente identificare queste lesioni precancerose non visibili, con la microscopia confocale".

La cheratosi attinica in Italia colpisce circa 400 mila persone al di sopra dei 45 anni; solo il 44% riceve una diagnosi corretta, ma un paziente su quattro non viene trattato. Chiaramente correlata alla durata delle esposizioni al sole (la radiazione UVB dei raggi solari provoca una mutazione del DNA), questa patologia colpisce soprattutto persone a fototipo chiaro, con storia di ustioni solari e pregressi tumori cutanei. E' importante riconoscere tempestivamente queste lesioni e trattarle perché non è rara la degenerazione verso forme tumorali più aggressive. La sua prevalenza è in aumento.

"La cheratosi attinica è una lesione da non sottovalutare – spiega **Ketty Peris**, Professore ordinario di Dermatologia e Direttore della Clinica Dermatologica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma – perché è un carcinoma 'in situ', a rischio di evoluzione verso un carcinoma squamocellulare invasivo; la progressione della malattia non è prevedibile, per questo diagnosi precoce e trattamento tempestivo sono fondamentali". Secondo i dati italiani AIRTUM (Associazione Italiana Registro Tumori) i tumori della pelle non-melanoma sono le neoplasie cutanee più frequenti; l'incidenza europea è pari a 113-146 casi per 100.000 abitanti.

Obiettivo della terapia della cheratosi attinica è ridurre il numero di lesioni e prevenire il rischio di progressione in carcinoma a cellule squamose invasivo. I trattamenti possono essere mirati alla lesione visibile clinicamente o mirati al 'campo di cancerizzazione' (*Field Directed Treatments*), cioè alle lesioni visibili e alla cute fotodanneggiata circostante. Esistono tre tipi di trattamenti: fisici

(crioterapia, laser terapia, diatermocoagulazione, escissione chirurgica, *curettage*); terapia fotodinamica o PDT (rivolta sia al 'campo', che alle singole lesioni) effettuata tramite un agente fotosensibilizzante, il 5-metilaminolevulinato (MAL) oppure l'acido aminolevulinico cloridrato (ALA) e successiva esposizione a luce rossa; i trattamenti topici (*peeling* chimico con diclofenac sodico 3% gel applicato due volte al giorno per almeno 60-90 giorni, imiquimod 5% crema applicato 3 volte a settimana per 4-8 settimane). A quest'ultima categoria appartiene anche il nuovissimo gel a base di ingenolo mebutato, che può essere gestito dal paziente a domicilio; si applica una volta al giorno, per tre giorni di seguito.

Maria Rita Montebelli

LA STAMPA.it

22-04-2014

Soluzioni disinfettanti per lenti a contatto inefficaci contro un batterio che causa gravi infezioni

Un noto batterio causa di gravi infezioni è stato trovato essere divenuto resistente anche alle soluzioni disinfettanti, o antisettiche, per le lenti a contatto. Questo fattore espone alla cheratite, un'infezione oculare che può anche portare alla cecità

Gli utilizzatori di lenti a contatto potrebbero essere a rischio cheratite, un'infezione che interessa la cornea e che, a seconda della gravità, può far poco danno o anche portare alla cecità.
Il colpevole si farebbe beffe delle soluzioni disinfettanti per le lenti a contatto che, se nella maggioranza dei casi fanno il loro dovere, si è scoperto potrebbero **non essere in grado di contrastare efficacemente un batterio** divenuto in parte resistente.

Il batterio in questione è lo *Pseudomonas aeruginosa*, già noto per essere implicato nella maggioranza delle infezioni ospedaliere, tra cui quelle della pelle, delle ossa, dell'orecchio, del sistema respiratorio, circolatorio, urogenitale, digerente e nervoso. E, naturalmente, anche dell'occhio, come causa di ulcere corneali e cheratite.
L'agente patogeno, che vive in ambienti umidi e **si può trasmettere anche per contatto**, e dunque stato trovato dai ricercatori dell'Università di Liverpool e la Royal Liverpool University NHS Trust, essere resistente al trattamento antibatterico delle soluzioni per lenti a contatto, laddove invece la maggior parte dei ceppi batterici è stata debellata in 10 minuti.
Il *P. aeruginosa* - ceppo 39016 è stato quello che è riuscito a sopravvivere oltre quattro ore al trattamento antisettico, un periodo molto più lungo di quello associato al ceppo di riferimento. Questo batterio è lo stesso che viene **associato ai più gravi casi di cheratite**, che richiedono un più lungo tempo di guarigione – con tutte le conseguenze negative che questo comporta.
Presentando i risultati dello studio alla "Society for General Microbiology Annual conference" di Liverpool, il principale autore dello studio, dott. Craig Winstanley, ha detto che **la cheratite microbica può essere devastante per un paziente** ed è importante che il rischio di sviluppare questa condizione possa essere ridotto nei portatori di lenti a contatto, migliorando le soluzioni disinfettanti in modo che riescano a uccidere anche questo ceppo batterico divenuto resistente. Attenzione dunque al tipo di soluzione che si utilizza e che non vi sia presenza di questo ceppo batterico, anche se capirlo forse non è così semplice.

http://www.lastampa.it/2014/04/18/scienza/benessere/medicina/soluzioni-disinfettanti-per-lenti-a-contatto-inefficaci-contro-un-batterio-che-causa-gravi-infezioni-JCBlu85nyDo0krm02ME99H/pagina.html