

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MARTEDI' 16 SETTEMBRE 2014

QUOTIDIANO SANITA'.IT

## **Rapporto Sdo. Ricoveri ospedalieri 2013. In calo non appropriati e tasso ospedalizzazione per acuti**

Rispetto al 2012, i ricoveri hanno segnato una flessione pari a -4%. La principale causa di ospedalizzazione in regime ordinario è rappresentata dal parto con 301.440 dimissioni. A seguire le patologie cardiovascolari e respiratorie e gli interventi chirurgici per la sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori. *IL RAPPORTO*

Nel corso del 2013 sono stati erogati 9.842.485 i ricoveri ospedalieri, corrispondenti ad un totale di 64.312.696 giornate, segnando una riduzione rispetto all'anno precedente di circa 415 mila ricoveri (-4%) e di circa 2.394.000 giornate (-3,6%). Si conferma la tendenza a migliorare l'erogazione appropriata dell'assistenza ospedaliera. E' quanto emerge dal 'Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero', elaborato dal Ministero della Salute per l'anno 2013.

La degenza media per acuti si mantiene pressoché costante da diversi anni intorno al valore di 6,8 giorni, mentre per le degenze medie per riabilitazione e per lungodegenza si osserva un decremento a partire dal 2009; per l'anno 2013 la degenza media per riabilitazione in regime ordinario è pari a 25,7 giorni, mentre quella per l'attività di lungodegenza è pari a 27,6 giorni.

Rispetto al 2012 il numero complessivo di ricoveri ordinari per acuti si riduce da 6.837.823 a 6.634.977 (-2,9%), con una corrispondente diminuzione delle giornate di ricovero da 46.422.668 a 44.802.526 (-3,5%); il numero di ricoveri in regime diurno effettuati si riduce da 2.538.561 a 2.345.258 (-7,6%), per una corrispondente diminuzione di giornate da 7.056.238 a 6.497.781 (-7,9%). Sempre rispetto al 2012, i ricoveri ad alto rischio di inappropriata in regime ordinario sono diminuiti di poco più di 390 mila unità (-24% che corrisponde al doppio della riduzione osservata nel 2012) e quelli in regime diurno di circa 180.000 unità (-10%).

Il tasso di ospedalizzazione in acuti per l'anno 2013 in Italia si riduce da 108 a 104 dimissioni per 1.000 abitanti in regime ordinario e a circa 38 dimissioni per 1.000 abitanti in regime diurno. La principale causa di ricorso all'ospedalizzazione in regime ordinario, pur non costituendo una condizione patologica, è rappresentata dal parto con 301.440 dimissioni. Escludendo il parto, le principali cause di ospedalizzazione sono riconducibili a patologie cardiovascolari (drg 127 –

Insufficienza cardiaca e shock) e respiratorie (drg 087 – Edema polmonare e insufficienza respiratoria), interventi chirurgici per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (drg 544).

Per quanto concerne l'attività in regime diurno, la principale causa di ricovero è rappresentata dalla somministrazione di chemioterapia (drg 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) con 1.565.788 giornate (-3,3% rispetto all'anno 2012). La qualità della compilazione è ulteriormente migliorata rispetto all'anno precedente: il numero complessivo di errori si riduce da 7.693.650 nel 2012 a 4.702.199 nel 2013, con una diminuzione di poco più del 27%.

Anche **la distribuzione degli errori** migliora, infatti il numero di schede senza errori aumenta da 5.177.626 a 6.493.781 unità, il numero di schede con un singolo errore si riduce da 3.020.904 a 2.219.999, il numero di schede con due errori si riduce da 1.592.944 a 949.417, il numero di schede con tre errori si riduce da 401.039 a 144.010; il numero mediano di errori, si conferma pari a zero, stando a significare che più della metà delle schede pervenute sono prive di errori (per la precisione, il 66%, mentre nel 2012 le schede prive di errori ammontavano al 50,5% del totale).

Per ottenere una reale misura della dimensione dell'errore occorre considerare che una scheda SDO contiene 45 variabili, per un totale di 9.843.992 schede pervenute, che corrispondono a 442.979.640 informazioni distinte raccolte. La percentuale di errore del 1,1% è inferiore all'1,7% riscontrato nel 2012.

## **Farmaceutica. Boom spesa ospedaliera. Superata quota 700 mln nel primo semestre 2014. A fine anno rischio disavanzo raddoppiato rispetto al 2013**

*Il tetto di spesa programmata del 3,5% è già stato sfiorato di 747,7 mln nei primi sei mesi del 2014. Se il trend di crescita si confermerà nel prossimo semestre, si rischia di raggiungere un disavanzo di 1,5 mld, in netta crescita rispetto 765 mln di perdite registrati nel 2013. La spesa farmaceutica convenzionata netta scende del 3,4% rispetto al primo semestre 2013. Aumentano del 3,6% gli incassi derivanti dai ticket.*  
**IL RAPPORTO AIFA**

Per la **spesa farmaceutica ospedaliera** è allarme rosso. Nel primi sei mesi del 2014 si è registrato lo sfioramento del 4,77% del tetto programmato (3,5% del Fsn). Un disavanzo di ben 7447,7 mln che, da solo, raggiunge quasi l'intera quota di 765 mln registratasi nell'intero 2013. Se confermato, il trend rischia di far raggiungere a fine anno un rosso di 1,5 mld. I dati sono ancora più preoccupanti se letti alla luce dell'imminente immissione nel mercato italiano dei nuovi farmaci innovativi, come quello per l'epatite C, che, per via del loro costo (sono ancora in corso le trattative per la negoziazione del prezzo), potrebbero far impennare ulteriormente il disavanzo della spesa farmaceutica ospedaliera.

Questo il dato principale contenuto nel nuovo aggiornamento dell'Aifa sulla spesa farmaceutica regionale pubblicato ieri sul sito dell'Agenzia.

Analizzando il risultato su base regionale si nota come 19 Regioni su 21 facciano

registrare un dato negativo: lo sfioramento del tetto oscilla da un minimo di 1,8 mln del Molise fino ai 99,3 mln della Puglia. Gli unici due dati positivi provengono dalla Valle d'Aosta e da Trento.

In controtendenza, invece, l'andamento della **spesa farmaceutica convenzionata**. Rispetto al primo semestre del 2013 si è registrato in questo caso un calo del 3,4%. Si attesta così all'11,02% rispetto a un tetto dell'11,35%, ossia 183,7 milioni in meno. In questo caso, proiettando il dato nell'arco dell'intero anno, si potrebbe raggiungere quota 360 mln.

A livello territoriale si va da un calo massimo del 10,4% in Sicilia, seguita dall'Umbria (-6%) e dall'Emilia Romagna (-5,4%), fino al picco dell'1,6% raggiunto da Bolzano.

Passando alle **ricette**, si nota un dato in crescita (0,3%) con un aumento di 809.417 nel semestre che potrebbe far superare quota 1,6 mln a fine 2014. Le variazioni maggiori sono qui registrate da Trento (4,3%), Calabria (3,7%) e Puglia (3,5%).

Quanto ai **ticket**, la compartecipazione dei cittadini alla spesa ha fatto guadagnare alle Regioni 760 mln nel semestre. Oltre 26 mln in più rispetto ai primi sei mesi del 2013. Anche in questo caso, proiettando il dato a tutto il 2014 si dovrebbe raggiungere quota 1,5 mld, per un aumento del 3,6%.

Infine, la **spesa in farmacia**. In questo caso sono 7 le Regioni che hanno già sfiorato il tetto dell'11,35%: Sardegna (14%), Calabria (12,7%), Campania (12,6%), Puglia (12,5%), Lazio (12,4%), Abruzzo (11,9%) e Sicilia (11,6%).

## **Lorenzin intervenga anche sui tagli lineari ai danni dei medici**

*di Carlo Palermo - Vice Segretario Nazionale Vicario Anaa Assomed*

*Il Ministro Lorenzin, intervenendo a Chianciano ad un convegno dell'Udc, ha affermato che la colpa principale degli sprechi in sanità va addossata agli Assessori Regionali, ai Direttori delle Asl ed ai primari. Nessuno vuole mettere in dubbio l'esistenza di sprechi nel complicato mondo della nostra sanità. Ma questi sprechi sono veramente così consistenti? Alcuni esperti li valutano tra i 10 e i 20 miliardi di euro. Il SSN è finanziato con circa il 7,2% del PIL (nel 2014 circa 110 miliardi di €), la percentuale più bassa tra le nazioni maggiormente industrializzate. Chissà che sprechi e ruberie ci sono in Francia e Germania, paesi che spendono in sanità circa 2 punti di PIL in più dell'Italia, corrispondenti a più di 30 miliardi di euro? Ma insieme agli sprechi recuperabili in tempi medio-lunghi con serie politiche contro il malaffare, migliorando l'appropriatezza organizzativa e clinica, nonché creando le condizioni per debellare la medicina difensiva, in questi anni abbiamo visto applicate politiche di tagli lineari che hanno colpito essenzialmente il personale e gli investimenti in acquisto di beni e servizi, in innovazione tecnologica e ammodernamento delle strutture ospedaliere. Il blocco dei contratti con il mancato recupero dell'inflazione che va avanti dal 2010 e proseguirà anche nel 2015, quanto ha fatto risparmiare allo Stato? Se diciamo tra 20.000 e 30.000€ nel periodo per ogni dirigente dipendente del SSN è troppo? Possiamo dimenticarci dei risparmi effettuati dalle aziende sanitarie attraverso vere e proprie ruberie perpetrate nei*

*confronti dei giovani medici per il mancato riconoscimento delle funzioni e delle specifiche indennità dopo il compimento dei 5 e 15 anni di servizio (variabili, nel periodo 2011-2014, tra 10.000 e 40.000 € pro capite)? Quanto costerebbero alle Aziende tutte le ore di straordinario svolte dai medici (circa 10 milioni per anno) che mai verranno pagate per il taglio dei fondi contrattuali o recuperate per la carenza degli organici? E i riposi non effettuati? E le ferie non godute? La nostra ministra su questi argomenti tace. Speriamo almeno che si ricordi di sanare con il recupero degli sprechi, i tagli lineari e le ruberie appena ricordate.*

**Carlo Palermo**

*Vice Segretario Nazionale Vicario Anaa Assomed*

## **Caso Avastin-Lucentis. Per Cochrane i due farmaci hanno effetti collaterali simili**

*E' quanto afferma una revisione di nove studi sul tema, di cui tre ancora non pubblicati, dell'organismo indipendente Cochrane Collaboration, pubblicati sulla rivista dell'associazione. Soddisfazione dall'Emilia Romagna, per l'assessore Lusenti si tratta di "un parere scientificamente autorevole a supporto delle decisioni prese".*

Avastin e Lucentis hanno effetti collaterali simili, un elemento di cui, "le politiche sanitarie che favoriscono l'uso del ranibizumab" perché dotato di un'indicazione specifica, "per il trattamento di malattie degli occhi nelle persone anziane, dovrebbero tenere conto". E' quanto afferma una revisione di nove studi sul tema, di cui tre ancora non pubblicati, dell'organismo indipendente Cochrane Collaboration, pubblicati sulla rivista dell'associazione.

Gli autori della Revisione hanno considerato i risultati di studi randomizzati controllati che confrontavano la sicurezza di due farmaci utilizzati per il trattamento della degenerazione maculare legata all'età: il ranibizumab e il bevacizumab. Contrariamente a quanto argomentato in precedenza da alcuni esperti di questa patologia, la revisione sistematica ha evidenziato che il farmaco più economico, il bevacizumab (Avastin), non sembra infatti aumentare il numero di decessi o avere effetti collaterali più gravi rispetto al ranibizumab (Lucentis).

La degenerazione maculare è una patologia oculare cronica e progressiva ed è tra le principali cause di cecità negli anziani. Infatti, in un caso su dieci, tale forma degenerativa conduce alla cecità. Il bevacizumab (Avastin) è un farmaco utilizzato in oncologia, mentre il ranibizumab (Lucentis) è venduto come farmaco specifico per la degenerazione maculare legata all'età.

La revisione ha incluso nove studi randomizzati controllati, di cui nessuno sponsorizzato dai produttori dei due farmaci. Gli studi hanno coinvolto complessivamente 3665 partecipanti e hanno confrontato direttamente il bevacizumab con il ranibizumab. I farmaci sono stati somministrati per un tempo

massimo di due anni. La revisione mostra che in caso di degenerazione maculare, la sicurezza sistemica dei due prodotti appare simile, eccezion fatta per i disturbi gastrointestinali. Sebbene non siano state rilevate differenze statisticamente significative tra i due farmaci gli autori non escludono che successivi studi possano evidenziare che uno dei due trattamenti sia più nocivo dell'altro.

I ricercatori hanno stimato che cosa succederebbe a un gruppo di 1000 pazienti se fosse loro somministrato il ranibizumab per uno o due anni. Nei 1000 pazienti trattati con ranibizumab si osserverebbero 34 decessi; nei 1000 trattati con bevacizumab, si osserverebbero tra i 27 e 53 decessi. Se in 1000 assumessero ranibizumab, 222 presenterebbero uno o più effetti collaterali sistemici gravi. Se in 1000 fossero invece trattati con bevacizumab, i pazienti con eventi avversi oscillerebbero tra 200 e 291. I casi di morte non sembrano legati alla somministrazione dei due farmaci in quanto risultano in linea con i livelli di decesso propri dell'età dei pazienti coinvolti e osservati nella maggior parte dei paesi occidentali. Anche per gli effetti collaterali sistemici, i ricercatori fanno riferimento a un ampio spettro di eventi che può essere causato o meno dal farmaco.

**Lorenzo Moja**, ricercatore dell'Università degli Studi di Milano, ha affermato: "Questa revisione rappresenta un importante passo avanti per quanto riguarda la conoscenza delle differenze tra bevacizumab e ranibizumab in fatto di eventi avversi sistemici. I risultati possono aiutare a ridurre le controversie avute nel passato sulle evidenze disponibili relative ai due farmaci". "Questo risultato - ha proseguito Moja - è stato possibile grazie all'importante collaborazione di un gruppo di ricercatori di diversi paesi (Francia, Germania, Italia, Regno Unito e Stati Uniti), molti dei quali coinvolti nei trial esaminati, che si sono lodevolmente impegnati, con il supporto dei sistemi sanitari nazionali, per dare risposta a questo importante quesito clinico. E' raro poter far affidamento su ben 9 studi randomizzati controllati, non sponsorizzati, che hanno confrontato direttamente i due interventi, permettendo di diminuire l'incertezza".

**La reazione dell'Emilia Romagna.** La regione Emilia Romagna che ha dato battaglia in tribunale ai due colossi del farmaco ha espresso soddisfazione tramite l'assessore **Carlo Lusenti** alla notizia dei dati dello studio Cochrane: "I risultati, pubblicati da cochrane, fanno parte di una revisione sistematica della letteratura scientifica sugli effetti collaterali dei due farmaci che la regione Emilia Romagna ha commissionato a questo organismo non-profit indipendente per avere un parere scientificamente autorevole a supporto delle proprie decisioni. La cui correttezza è stata confermata ulteriormente proprio dai risultati dello studio".

SOLE 24ORE SANITA'

**Enpam, operazione Auchan: investimento da 137 mln**

La Fondazione Enpam ha acquistato l'80% di un fondo che comprende tre gallerie commerciali del gruppo Auchan. L'investimento dell'ente di previdenza è di 137 milioni di euro e ha un rendimento atteso di oltre il 7% annuo. «Compito dell'Enpam è mettere a reddito il proprio patrimonio per pagare pensioni più adeguate possibili ai medici e agli odontoiatri italiani – ha commentato il presidente Alberto Oliveti –. In più quest'operazione, oltre a rappresentare un investimento redditizio, permette di diversificare il portafoglio immobiliare della Fondazione».

**Strutture in proprietà.** L'operazione riguarda le gallerie commerciali attigue agli ipermercati Auchan di Mestre, Bussolengo (Verona) e Mesagne (Brindisi), che sono state conferite al fondo immobiliare Antirion Retail, gestito da Antirion Sgr. Gallerie Commerciali Italia Spa, società del gruppo Auchan, rimarrà in possesso del 20% delle quote del fondo e si occuperà di gestire e mettere a reddito le strutture che ne fanno parte (property e leasing management). «Il fatto che uno dei maggiori operatori europei della grande distribuzione rimanga proprietario è un segno di garanzia poiché in questo modo condivide il nostro interesse a che queste attività si mantengano redditizie nel medio-lungo periodo», aggiunge il presidente dell'Enpam. «Quello della Fondazione è un investimento nell'economia reale del Paese: il piano industriale del gruppo Auchan prevede infatti che le risorse ricavate da quest'operazione vengano reinvestite in Italia – precisa Oliveti –. Con la partecipazione maggioritaria di Enpam, inoltre, la proprietà di queste reti di commercio al dettaglio resta italiana».

**Strategia di lungo termine.** «Dal 2013 - afferma l'amministratore delegato di Gci, Edoardo Favro - abbiamo avviato una gestione dinamica del portafoglio, realizzando operazioni finanziarie finalizzate a reinvestire in Italia per il remodeling e l'ampliamento di altri centri commerciali Auchan. Dopo l'ampliamento delle gallerie di Mestre e Vimodrone alla fine del 2013, si prevede entro il 2018 di investire 150 milioni per gli ampliamenti di gallerie in diversi siti, tra cui Rescaldina nei pressi di Milano, Piacenza, Fano e Taranto».

L'operazione con il fondo Antirion Retail «conferma anche la strategia di crescita ambiziosa di Immochan a livello internazionale, che prevede circa 70 progetti di creazione e ampliamento di centri commerciali nei prossimi tre anni, con un investimento totale pari a 1,7 miliardi.

«Siamo particolarmente lieti e onorati - sottolinea l'amministratore delegato di Antirion Sgr, Gian Marco Nicelli - che il nostro fondo retail, destinato a investimenti nel settore retail e della grande distribuzione, che costituisce oggi una delle asset class di maggiore interesse per gli investitori istituzionali, sia in Italia sia in Europa, prenda avvio oggi mediante una collaborazione, con importanti prospettive di lungo periodo, fra Enpam e Gci, filiale italiana di Immochan, società immobiliare del gruppo Auchan, leader in campo europeo e internazionale».

**Stagione influenzale 2014-15: in Italia studi clinici sul vaccino quadrivalente**

Novità della prossima stagione influenzale 2014-2015 sarà l'avvio in tutta Europa, Italia inclusa, di studi clinici sull'efficacia dei nuovi vaccini influenzali quadrivalenti - già in commercio dallo scorso anno negli Stati Uniti - che, rispetto ai vaccini trivalenti attualmente sul mercato in Europa, offrono protezione contro due ceppi di virus influenzale B (il virus B della linea Victoria e quello della linea Yamagata). Inoltre, si svolgeranno ricerche per la migliore definizione dei correlati di protezione dei vaccini influenzali e per il tentativo di sviluppare un vaccino influenzale universale. Lo comunica una nota della società scientifica internazionale WAidid (World Association for Infectious Diseases and Immunological Disorders).

L'influenza, i vaccini e la prevenzione delle infezioni virali emergenti sono al centro del dibattito europeo che si svolge in questi giorni a Riga durante The Fifth ESWI Influenza Conference.

In questa occasione è stato illustrato lo stato di avanzamento delle linee guida europee per la vaccinazione dell'adulto e dell'anziano che vedono la partecipazione di ESCMID, WAidid e della European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS).

«L'influenza ricorre ogni inverno - spiega Susanna Esposito, coordinatrice del Gruppo vaccini della European society for clinical microbiology and infectious diseases (ESCMID) e presidente della Waidid - ma ha un andamento imprevedibile e, ogni anno, impegna importanti risorse del SSN. Se ad esempio, lo scorso anno l'influenza è stata "lieve", non si deve abbassare la guardia e bisogna arrivare preparati alla prossima stagione influenzale ricordando che la più efficace forma di prevenzione è la vaccinazione».

Durante la stagione influenzale 2013-2014, come ogni anno, la curva epidemica ha raggiunto il picco all'inizio del mese di febbraio con un valore di incidenza pari a 6,6 casi per mille assistiti. coinvolgendo circa l'8% degli italiani, per un totale di circa 4.500.000 casi in totale (Fonte ISS).

In generale, in tutti i Paesi Europei la vaccinazione influenzale è raccomandata dalle autorità sanitarie negli anziani e nei pazienti di ogni età con malattie croniche (quali asma e malattie respiratorie croniche, cardiopatie, diabete e altre malattie metaboliche, insufficienza epatica o renale, malassorbimento, immunodeficienze, problematiche neurologiche che determinano difetti di deglutizione. Inoltre, sempre più Paesi raccomandano ormai la vaccinazione influenzale anche nel bambino sano che frequenta la comunità scolastica, come ad esempio il Regno Unito.

Novità della prossima stagione 2014-2015 sarà appunto l'avvio in tutta Europa, Italia inclusa, di studi clinici sull'efficacia dei nuovi vaccini influenzali quadrivalenti.

«L'Italia - continua Susanna Esposito - è un Paese all'avanguardia nella ricerca sull'influenza. Nel nostro Paese avremo a disposizione nell'ambito di studi clinici i vaccini influenzali quadrivalenti anche per i bambini dei primi anni di vita e parteciperemo alle ricerche internazionali volte a ottimizzare la prevenzione di una malattia che sembra banale ma che può, invece, essere causa di gravi complicanze».

**Non solo influenza: la Conferenza di Riga è stata anche teatro di confronto internazionale fra esperti sulla prevenzione dell'Ebola.**

Secondo dati Oms, sono oltre 2.000 le vittime accertate nel mondo e circa la metà di queste sono morte negli ultimi 30 giorni. Purtroppo misure quali il divieto di uscire di casa e i farmaci fino ad ora somministrati sembrano avere un'efficacia limitata.

Ancora una volta il nostro Paese risulta tra quelli più avanti nella ricerca.

«Come annunciato nei giorni scorsi - precisa Susanna Esposito - l'azienda Okairos, che ha una parte dei suoi laboratori a Napoli e una sede a Roma, ha identificato una nuova tecnologia per sviluppare vaccini che impiegano adenovirus derivati da scimpanzè. Tali vaccini sono risultati sicuri e immunogenici in numerosi studi clinici con differenti tipi di antigene. Recentemente, il vaccino chad3EBO-Z, vaccino specifico contro l'Ebola, è stato impiegato in uno studio di fase 1 negli Stati Uniti con risultati estremamente incoraggianti nei macachi».

Nel nostro Paese, il rischio ebola non è al momento un'emergenza, ma l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda ai cittadini italiani il differimento di viaggi non urgenti e indispensabili verso i Paesi interessati da epidemie di ebola.

Il rischio di infezione per i viaggiatori è, in realtà, molto basso in quanto la trasmissione da persona a persona avviene per contatto diretto con i fluidi corporei o secrezioni di un paziente infetto.

In generale, i consigli dell'OMS per i viaggiatori verso le zone a rischio sono:

- evitare il contatto con malati e/o i loro fluidi corporei e con i corpi e/o fluidi corporei di pazienti deceduti
- evitare contatti stretti con animali selvatici vivi o morti
- evitare di consumare carne di animali selvatici
- lavare e sbucciare frutta e verdura prima del consumo
- lavarsi frequentemente le mani

## **Tagli in sanità. Fondazione Gimbe: «La salute degli Italiani vale più di 80 euro»**

«Per effettuare una sana spending review in Sanità non serve l'accetta, ma una chirurgia superselettiva». Con questo suggerimento Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, interviene nell' acceso dibattito sui nuovi possibili tagli alla Sanità pubblica.

Interventi mirati, quindi, «finalizzati a eliminare miliardi di euro/anno di inaccettabili sprechi che si annidano a tutti i livelli: politico, organizzativo, professionale e sociale. Il tema della sostenibilità del Ssn non può essere affrontato esclusivamente sotto il segno della finanza pubblica. Occorre mirare al duplice obiettivo di tagliare gli sprechi e investire su servizi e prestazioni sottoutilizzate, sotto il segno delle migliori evidenze scientifiche. Considerato che la maggior parte degli sprechi conseguono al limitato trasferimento delle evidenze alla pratica clinica e all'organizzazione dei servizi sanitari, la sostenibilità del SSN non può più prescindere da adeguati investimenti per migliorare la produzione delle conoscenze, il loro utilizzo da parte dei professionisti e la governance dell'intero processo per trasferire le conoscenze



all'assistenza sanitaria».

**Fondamentali governance nazionale e programmazione.** Secondo Cartabellotta, «senza un'adeguata programmazione e una governance nazionale, la spending review "interna" alla Sanità definita dal Patto per la Salute rischia di rimanere lettera morta. Infatti, se è sacrosanto che tutte le risorse recuperate rimangano nel comparto sanitario, in assenza di chiari obiettivi di disinvestimento e riallocazione, la maggior parte delle Regioni non riuscirà mai nella duplice titanica impresa di tagliare gli sprechi e investire su servizi e prestazioni sottoutilizzate, oltre che effettuare i necessari investimenti strutturali».

«Dal momento che nel programma dei mille giorni non s'intravedono impegni concreti per la Sanità - conclude il presidente di Gimbe - il Governo deve, una volta per tutte, scoprire le sue carte. Delle due l'una: o manca un disegno in grado di generare consenso, oppure il disegno esiste, ma è meglio non renderlo pubblico perché rischia di generare un dissenso generale. In particolare, se il Governo è stato realmente sedotto dal "venticello europeo" che intende liberarsi di una consistente parte della spesa pubblica destinata alla Sanità meglio non parlarne. Peccato che questo "assordante silenzio" stia in realtà spianando la strada all'intermediazione assicurativa e finanziaria dei privati e sfilando dalle tasche degli italiani un servizio sanitario pubblico, conquista sociale difficilmente compensabile con 80 euro al mese!».

## **Relazione al Parlamento. Dipendenze: passione spinello, allarme gioco patologico**

Spinello mon amour per uno studente su quattro e aumento delle persone in cura per la dipendenza dal gioco d'azzardo. Sono i due dati che balzano agli occhi dalla Relazione sulle tossicodipendenze 2014 del Dipartimento politiche antidroga, appena ricevuta dal Parlamento. Contemporaneamente, il report registra una diminuzione dell'uso di cocaina; mentre eroina, stimolanti e allucinogeni restano stabili nelle preferenze degli italiani. Ma nella relazione c'è un buco: mancano i dati sul consumo nella popolazione adulta e tutto il testo presenta dati frammentari e alla fine del documento non c'è nemmeno la firma del responsabile. Forse la lacuna è effetto della ristrutturazione complessiva del dipartimento Politiche antidroga che è costato il posto all'ex capo Giovanni Serpelloni, e solo dopo tre mesi di vacatio ha visto l'insediamento di Patrizia De Rose, che, come Serpelloni, ha lavorato a lungo con Carlo Giovanardi, negli anni divenuto simbolo nazionale del rigore antidroga.

**Allarme gioco.** Il dato che spiazza è la passione per il gioco che diventa una malattia per un numero crescente di cittadini e che chiedono aiuto alle istituzioni per curarsi. E questo forse è un dato da interpretare positivamente, perché segnala il cambiamento di una mentalità: chi gioca troppo fino a mettere a repentaglio la propria vita e quella dei familiari è un malato da curare. L'identikit del giocatore incallito rimane piuttosto "classico": uomo adulto nell'83,2% dei casi e residente nelle regioni del nord, Lombardia e Veneto in testa. Tuttavia, il fenomeno del gioco patologico sta

riguardando anche i giovani: secondo i pochi dati presenti nella Relazione, si stima che i giovani giocatori problematici (che non hanno sviluppato dipendenza ma hanno abbandonato un atteggiamento prudente) sono il 4,3% mentre quelli patologici (dipendenti) sono il 3,8%.

**Giovani sballi.** Sono invece aggiornati i dati sui consumi degli studenti, relativi a uno studio condotto nel 2014 su un campione di 31.661 ragazzi tra 15 e 19 anni: ha consumato cannabis una o più volte negli ultimi 12 mesi il 23,46%, due punti in più rispetto al 2013 (21,56%). Diminuisce invece il consumo di cocaina (dal 2,05% all'1,58%); sostanzialmente stabili eroina (dallo 0,36% allo 0,21%), stimolanti (amfetamine o ecstasy) fermi a 1,36% e allucinogeni (2,03% contro 2,13%). Il 21% dei ragazzi ha usato più sostanze.

La mappa geografica del consumo evidenzia il più alto consumo di cannabis, cocaina ed eroina nell'Italia centrale, mentre gli stimolanti vengono usati maggiormente nell'Italia nord-occidentale, gli allucinogeni fanno breccia soprattutto nel nord-est, forse perché più vicini ai paesi dell'Europa orientale, dove maggiormente si producono questo tipo di sostanze.

**Il responso delle acque reflue.** A fornirci un'indicazione più generale dei consumi nella popolazione generale, il Rapporto cita i dati delle analisi delle acque reflue (di scarico) in 17 città italiane, annualmente forniti al Dpa dall'Istituto Mario Negri di Milano. Nel 2013 è risultato in aumento del 10,96% la concentrazione di cannabis, mentre diminuisce dello 0,75% quella di cocaina. Sostanzialmente stabili le percentuali delle altre sostanze rilevate.

**Assistenza pubblica.** Risultano stabili i numeri delle persone tossicodipendenti bisognose di cura (circa 461mila), a fronte di circa 165 mila persone assistite dai Sert (164mila nel 2012), prevalentemente per dipendenza da eroina. Un dato incoraggiante riguarda le morti per droga: in calo costante da alcuni anni: 344 persone hanno perso la vita nel 2013, mentre erano mille nel 1999.

DOCTOR33.IT

## **Cassazione a enti previdenziali: illegittimo toccare i montanti degli iscritti**

«L'Enpam ha sempre rispettato il "pro-rata". Con la recente riforma, la parte di pensione maturata dagli iscritti fino a tutto il 2012 verrà calcolata con i vecchi criteri senza toccare quanto assegnato prima del 2013. I contribuenti possono stare tranquilli». E' la risposta proveniente dalla Fondazione previdenziale di medici chirurghi e odontoiatri dopo la recente ordinanza 18742 della Cassazione (VI Sezione) che ha dichiarato illegittimo il ricalcolo delle pensioni degli iscritti operato nel 2002 con delibera da un'altra Cassa privatizzata, quella dei ragionieri. L'indirizzo della Suprema Corte, si è osservato, potrebbe portare gravi danni patrimoniali –pari a

fino a un 10% degli oltre 6 miliardi di euro del patrimonio di tutti gli enti previdenziali- alle casse private che, per tenere in equilibrio i bilanci futuri, decisero a inizio secolo riforme degli assegni pensionistici. L'Enpam non è tra queste casse. Con la legge 335/1995 ("Dini") fu imposto il passaggio dal più conveniente calcolo retributivo della pensione, slegato dalla contribuzione conferita dal lavoratore negli anni, a quello contributivo legato unicamente a quest'ultima. La prima riforma, all'Inps, rispettò la regola secondo cui i castelletti accumulati dai singoli ante-96 erano intoccabili e anzi diede margini temporali ampi per far rispettare il diritto al vecchio calcolo. Si creò un calcolo misto, detto "pro rata": anni conteggiati con metodo retributivo ed altri con il contributivo. In alcune casse il risveglio fu più brusco. Nel 2002 di punto in bianco ragionieri che attendevano una pensione calibrata sui migliori 15 anni lavorati si sono visti ricalcolare l'assegno atteso al ribasso, sulla media di tutta la vita lavorativa, con un criterio che intaccava la pensione acquisita. In realtà per la Cassazione ciò si può fare solo dal 2006 con la legge 296, che introduce il cosiddetto "pro rata temperato": solo da allora e non dal '96 la salvaguardia dei calcoli fatti sulle pensioni maturate dai singoli ante-riforma Dini è solo un parametro e non un vincolo.

Un argomento della Cassa ragionieri è che la legge di stabilità 2014 (art 1 comma 88) ritiene legittime ed efficaci delibere sul ricalcolo delle pensioni "finalizzate ad assicurare l'equilibrio di lungo termine" delle casse; ma per la Cassazione la legge del '95 non poteva prevedere le intenzioni del legislatore nel 2014. «La Corte ribadisce che il principio dell'intangibilità dei diritti acquisiti dai contribuenti è universale - dice il vicepresidente della Federazione sanitari pensionati Federspev Marco Perelli Ercolini- e vale anche quando i governi immaginano di stangare i pensionati con penalizzazioni e balzelli non previsti per altre categorie».

## **Medici e pazienti sul web, indagine rivela l'impatto prima, durante e dopo la visita**

L'avvento di Internet ha profondamente modificato il rapporto esistente tra pazienti e medici, a volte comportando problemi, ma si tratta di una realtà che non deve essere rifiutata o accettata passivamente ma osservata e compresa. Così Giuseppe Venturelli, managing director di Doxapharma, ha riassunto il messaggio emerso da un workshop sul tema, svoltosi al Politecnico di Milano nell'ambito di "Tedmed Live 2014 Fightthestroke". Durante l'incontro sono stati presentati i dati di un'indagine condotta congiuntamente da due "bracci" di Doxa, ovvero Doxapharma, centrata sul farmaco, e Duepuntozero, dedicata al web. «Occorre sottolineare che è circa la metà della popolazione italiana a essere connessa a Internet (circa 30 milioni di persone)» ha premesso Federico Capeci, research manager presso Duepuntozero «e che gli utilizzatori ultra50enni hanno superato i teenager (16% vs 14%)». «In questa moltitudine di internauti ci sono molti pazienti» riprende Venturelli «tanto che l'ambito di ricerche più importante su Google e altre fonti riguarda la salute: milioni di domande ogni giorno. Sul campione studiato, il 93% cerca informazioni su malattie e/o farmaci, solo per sé nel 24% dei casi, per altri nell'11%. Queste

interrogazioni vengono fatte prima della visita (44%), subito dopo la visita (41%) e durante la terapia (30%)». Il cittadino si informa su sintomi (nel 65% dei casi), terapie (55%), effetti collaterali (50%), prezzi dei farmaci (47%), efficacia dei farmaci (44%), specialisti (40%), aziende farmaceutiche (23%). Quanto ai medici di medicina generale «mediamente passano sul web 11 ore alla settimana» continua Venturelli «e hanno una percezione della propria capacità di navigazione piuttosto positiva (tra il 92 e il 96%), considerando Internet essenziale per la professione (74%) mentre sono pochi quelli che affermano di avere cambiato il proprio comportamento prescrittivo (34%)». Quando un paziente che si è già informato su Internet si presenta dal medico, quest'ultimo vive però la nuova relazione in modo non sempre positivo: nel 42% si denota un prolungamento della durata della consultazione e nel 29% una richiesta di spiegazioni più approfondite durante la visita, mentre pochi riconoscono una maggiore compliance negli assistiti (18%) o l'attendibilità delle informazioni raccolte dai pazienti (11%).

## **Certificati sport, Rossi (Omceo Milano): norme anacronistiche e vessatorie**

«Un mix di anacronismi e vessazione burocratica condito da norme di dubbia validità scientifica». È tranciante il giudizio del presidente dell'Ordine dei Medici di Milano, **Roberto Carlo Rossi**, sulle nuove norme per il certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica. Nella nota Rossi sottolinea come non rientrano nell'ambito degli obblighi previsti dalle nuove norme le attività ludico-ricreative che, dunque, non hanno l'obbligo certificativo, anche se questi certificati rimangono tuttora richiestissimi. E non rientra l'attività sportiva agonistica che rimane disciplinata da tutt'altre norme e il relativo certificato deve essere fatto dal Medico Specialista in Medicina dello Sport. Ma non solo. «Mi sembra - spiega Rossi - che ai più sia sfuggito che le linee guida prescrivono, per le persone al di sotto dei sessant'anni, l'esecuzione di un elettrocardiogramma almeno una volta nella vita: In pratica si può utilizzare anche un esame eseguito qualche decina d'anni prima. Viene, al riguardo, spontaneo chiedersi quale sia il supporto tecnico-scientifico e di dottrina e di letteratura che giustifica tale linea guida». Inoltre, continua il presidente dell'Ordine di Milano, «è anacronistico, ai tempi di internet e dei sistemi di archiviazione informatica, l'obbligo di conservazione dei supporti cartacei. Nasce così anche la curiosità di conoscere chi sono i componenti del "gruppo di lavoro" a cui si fa riferimento nel Decreto e soprattutto, quale letteratura hanno consultato. Con quali linee guida internazionali si sono confrontati per definire norme che, francamente, sembrerebbero tutelare davvero poco la salute delle persone, mentre caricano di adempimenti burocratici il medico? Domande che - conclude Rossi - in tempi di proclamata trasparenza meriterebbero una rapida, dovuta risposta».

## **STUDIO Prevenzione farmacologica del rischio di fratture da osteoporosi**

Diversi farmaci che rinforzano l'osso riducono il rischio di fratture osteoporotiche, ma la loro efficacia comparativa resta da approfondire. Lo afferma **Caroline Crandall**, della Divisione di medicina interna alla David Geffen school of medicine, università di California a Los Angeles, prima autrice di uno studio di revisione sull'argomento pubblicato su *Annals of internal medicine*. «La crescente prevalenza e il costo dell'osteoporosi hanno accresciuto l'interesse sull'efficacia e la sicurezza dei numerosi interventi attualmente disponibili per ridurre il rischio fratturativo» esordisce la ricercatrice, che già nel 2007 aveva pubblicato una revisione sistematica dell'efficacia comparativa dei trattamenti per prevenire le fratture negli uomini e nelle donne con bassa densità ossea o osteoporosi. Da allora hanno visto la luce diversi nuovi farmaci e molti studi sono stati svolti sulla durata ottimale della terapia, la sicurezza a lungo termine del trattamento e il ruolo della misurazione della densità minerale ossea (Bmd) nello screening e nel monitoraggio della terapia. «I risultati ottenuti sono serviti ad aggiornare la nostra revisione sistematica, svolta su oltre trecento studi clinici» riprende Crandall, promuovendo farmaci come bisfosfonati, denosumab, teriparatide e raloxifene, tutti in grado di ridurre il rischio di frattura rispetto al placebo nelle donne con osteoporosi. «Un effetto collaterale dei bisfosfonati identificato di recente è l'aumento del rischio di fratture femorali atipiche sottotrocanteriche» puntualizza la ricercatrice, ricordando che la durata ottimale della terapia rimane da chiarire, anche se esistono prove, almeno per alendronato, che alcuni gruppi di pazienti potrebbero sospendere il trattamento dopo 5 anni. «Oltre agli studi sui nuovi farmaci e sulle associazioni, sono in corso ricerche sull'efficacia comparativa, che resta da approfondire» conclude Crandall. E **Heike Bischoff-Ferrari** del reparto geriatrico all'ospedale universitario di Zurigo, commenta in un editoriale: «Questa revisione sistematica fornisce informazioni utili per orientare il processo decisionale clinico, ma medici e pazienti dovrebbero sapere che tali risultati non sono per ora applicabili ai pazienti con oltre 75 anni, e neppure agli ultraottantenni con fattori di rischio non scheletrici».

*Ann Intern Med.* 2014 Sep 9. doi: 10.7326/M14-0317

*Ann Intern Med.* 2014 Sep 9. doi: 10.7326/M14-1942

## **DIRITTO SANITARIO** Condanna del medico per danno all'immagine della Asl

Sia in sede penale che dinanzi alla Corte dei conti è stato contestato ad una ginecologa in servizio presso taluni consultori, di avere indotto una paziente a versare una somma di denaro per sottoporla immediatamente ad ecografia e di essersi appropriata in più occasioni di somme di spettanza della Asl nell'ambito di attività professionale privata espletata durante l'orario di lavoro ovvero della quota - parte di dette somme di spettanza della medesima Asl, relative ad attività libero-professionale espletata "intramoenia", somme di cui aveva il possesso essendo state le somme medesime consegnate direttamente dalle varie pazienti. La Corte dei conti ha evidenziato che il comportamento della dottoressa convenuta è incontestabilmente ed

inequivocabilmente contrario ai propri doveri d'ufficio ed è idoneo a diffondere nell'opinione pubblica un senso di sfiducia dell'azione del pubblici dipendenti, ed in particolare di chi è preposto alla erogazione di un servizio fondamentale, quale è quello della tutela della salute, in specie esercitato nei confronti di soggetti deboli, e ritenuto il rilievo e la delicatezza dell'attività svolta. Il medico, nel caso concreto, ha utilizzato illecitamente la propria qualità per realizzare un obiettivo personale rilevante penalmente e non compatibile con il ruolo istituzionale di tutore e garante della salute.

[Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

**RASSEGNA STAMPA curata da Maria Antonietta Izza – Addetto stampa  
OmceoSs - [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584**