

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
21 GENNAIO 2014

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Dal Rapporto Oasi spinta a rivedere Lea e ruolo delle mutue integrative

Nel 2013, dopo anni di crescita la spesa privata degli italiani per medicine e visite si è bloccata: una spesa pari a un 23% della spesa complessiva per la salute (ma solo il 3% è sostenuto dalle assicurazioni), che è rimasta inalterata malgrado la contrazione del 30% delle visite specialistiche. I dati del Rapporto Oasi sulle aziende sanitarie, presentati da **Francesco Longo** del centro studi Cergas dell'Università Bocconi, rilanciano il dibattito sulle mutue integrative, che sarebbero utili a coprire la long term care e le cure odontoiatriche, ma non solo. **Fulvio Moirano** direttore dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali-Agenas, individua margini di "recupero" (cioè possibili inefficienze) anche all'interno delle prestazioni già erogate come livelli essenziali di assistenza. «Molto di ciò che è nei Lea –dice Moirano - non sono sicuro sia utile ai cittadini: penso ad alcuni aspetti della copertura dell'assistenza in gravidanza e ad altre ridondanze qua e là che potrebbero essere limate». «Fin qui –aggiunge Moirano rispondendo a una domanda del fondatore Cergas, l'economista **Elio Borgonovi**- si è preferito toccare i Lea in silenzio, razionando fattori produttivi con il blocco del turn-over e il conseguente aumento delle liste d'attesa; il Ssn dovrebbe piuttosto dimensionare le reti d'offerta come previsto all'articolo 15 della legge sulla spending review, la 135, e sobbarcarsi "virilmente" un dimensionamento delle reti d'offerta pubblica e privata commisurato al fabbisogno». Al centro del Rapporto, anche il virtuale azzeramento del deficit sanitario, ottenuto fra l'altro in anni di crisi e sottofinanziamento del Fondo sanitario nazionale, a suon di tagli (anche agli investimenti) e di accorpamenti delle Asl, passate da 228 a 143 in un anno.

Responsabilità professionale, Aicpe: cattiva informazione aumenta contenzioso

Nel variegato nodo di problematiche che si intrecciano in tema di rischio clinico e responsabilità medica, il presidente dell'Associazione italiana chirurgia plastica ed estetica (Aicpe) **Giovanni Botti** individua nella cattiva informazione uno dei determinanti principali. «La nostra è una tra le specialità con maggiori richieste di rivalsa, soprattutto in chirurgia estetica. I media – denuncia Botti – hanno un ruolo importante nel veicolare informazioni corrette, ma non sempre questo accade; specialmente le riviste femminili riportano risultati materialmente impossibili da ottenere, inducendo una percezione sbagliata di quel che possono fare la medicina e la chirurgia». Ha così buon gioco «una pletera di avvocati che sistematicamente cerca di convincere i pazienti a sporgere denuncia, offrendo gratuitamente i propri servizi e proponendo di suddividere gli eventuali rimborsi assicurativi in caso di riconoscimento della colpa medica, cosa che fortunatamente non avviene quasi mai, perché nella stragrande maggioranza dei casi la sentenza è a loro sfavore». Un risvolto

molto grave di questo stato di cose è il costo delle assicurazioni che sta salendo alle stelle; il presidente dell'Aicpe spiega che «nella nostra categoria, per avere un'assicurazione che dia una copertura decente di responsabilità civile occorre versare 20 mila euro all'anno, una cifra enorme per i ragazzi appena specializzati che hanno una clientela molto limitata». L'opera di convincimento degli avvocati arriva persino a pubblicità televisive, che recentemente hanno suscitato molte polemiche e contro le quali Botti è drastico: «Il ministro della Salute dovrebbe intervenire perché è pubblicità scorretta e lede la serena attività dei medici». In tema di comunicazione, Botti riconosce che anche i medici devono migliorare la loro comunicazione con i pazienti, e «informarli che l'intervento è un atto delicato che comporta sempre il rischio di complicanze; il chirurgo deve fornire informazioni precise e seguire protocolli. Se c'è chiarezza nel rapporto tra medico e paziente il contenzioso si riduce».

Il paradosso dell'obesità esiste davvero?

Nel diabete di tipo 2 obesità e mortalità sono direttamente legate tra loro. E non esiste alcun paradosso dell'obesità. In altre parole, non c'è una maggiore mortalità tra i diabetici normopeso rispetto a quelli sovrappeso oppure obesi. Parola di **Frank Hu**, professore di medicina alla Harvard Medical School e coordinatore di uno studio sul New England Journal of Medicine. «L'adiposità in eccesso alza le probabilità di morte prematura nella popolazione, inclusi i decessi per cancro o malattie cardiovascolari» esordisce il ricercatore, ricordando l'esistenza di un cosiddetto paradosso dell'obesità, l'associazione tra obesità e ridotta mortalità rispetto al peso normale, segnalata da diversi studi su pazienti con insufficienza cardiaca, malattia renale terminale, ipertensione e, di recente, diabete di tipo 2. «La maggior parte di essi, tuttavia, era limitata sia dalla scarsa casistica sia dalla presenza di fattori confondenti nel campione esaminato, come il fumo e le malattie croniche» riprende il ricercatore, spiegando che il primo si associa a una riduzione del peso corporeo ma aumenta il rischio di morte, mentre le seconde condizionano una fragilità di base, con calo ponderale e mortalità aumentata. Per superare i limiti delle precedenti analisi, Hu ha svolto con i colleghi un'analisi dell'associazione tra indice di massa corporea (Bmi) e rischio di morte tra i diabetici di due ampi studi prospettici di coorte: il Nurses' Health Study e lo Health Professionals Follow-up Study. Nel primo i partecipanti con diabete incidente liberi da malattie cardiovascolari o cancro sono stati 8970, e nell'altro 2457. E i dati raccolti indicano una correlazione diretta, osservata sia in presenza sia in assenza di fumo, tra Bmi alla diagnosi di diabete e rischio di morte per tutte le cause. E il rischio minore non è tra gli obesi, come sarebbe dovuto accadere nel fantomatico paradosso, ma tra i normopeso con Bmi tra 22,5-24,9. «Non esiste, quindi, alcun effetto protettivo di sovrappeso o obesità sulla mortalità» sottolinea Hu. E conclude: «Dato il rapporto tra adiposità, malattie cardiovascolari e cancro, il mantenimento di un peso corporeo normale deve restare il cardine della gestione del diabete, indipendentemente dal fumo di sigaretta».

[N Engl J Med 2014;370:233-44](#)

Con il tè verde si alza la pressione

Il tè verde può sembrare una bevanda sana a molte persone con la pressione alta, ma

secondo uno studio preliminare giapponese pubblicato su *Clinical Pharmacology & Therapeutics* potrebbe indebolire gli effetti delle loro medicine, tra cui, per esempio, il betabloccante nadololo. «E' già stato dimostrato che i succhi di frutta sono in grado di influenzare il modo in cui alcuni farmaci vengono metabolizzati, inibendone il trasporto nel sangue e alterando di conseguenza il livello di farmaco disponibile per raggiungere l'effetto previsto» dice Shingen Misaka, ricercatore della Fukushima Medical University, ipotizzando che anche il tè verde, una bevanda consumata in tutto il mondo, potrebbe interagire con gli stessi meccanismi di trasporto. Per chiarire l'argomento Misaka e colleghi hanno studiato dieci volontari sani, invitati a bere acqua o tè verde per due settimane, e ad assumere successivamente una singola dose orale di nadololo, un betabloccante non selettivo che per la sua lunga emivita permette un'unica somministrazione giornaliera. Ebbene, rispetto ai soggetti di controllo il gruppo che beveva tè verde ha mostrato un calo del 76% delle concentrazioni plasmatiche di nadololo nonché un minore abbassamento dei livelli di pressione sanguigna rispetto a quelli misurati prima dell'assunzione del farmaco. «Esperimenti su colture cellulari suggeriscono che una molecola denominata Oatp1A2 appartenente alla classe degli Oatp, Organic Anion Transporting Polypeptides e coinvolta nel trasporto selettivo dei farmaci, è presente nell'epitelio intestinale ed è almeno parzialmente responsabile del trasporto intracellulare del nadololo» spiega il ricercatore giapponese, ipotizzando che alcuni componenti specifici del tè verde potrebbero inibire Oatp1A2 interferendo con l'azione del betabloccante. «I nostri risultati preliminari indicano che il tè verde sembra diminuire le concentrazioni plasmatiche di nadololo, riducendone l'assorbimento intestinale mediato da Oatp1A2. Sono comunque necessarie conferme su campioni di dimensioni maggiori per comprendere a fondo le interazioni tra tè verde e farmaci come il nadololo» conclude Misaka.

Clinical Pharmacology & Therapeutics 13 January 2014; doi: 10.1038/clpt.2013.241

DIRITTO SANITARIO **Apertura struttura ambulatoriale privata: superato parere Regione**

Il fatto

Una società interessata alla apertura di un presidio ambulatoriale polispecialistico ha impugnato il diniego proveniente dal Comune inizialmente favorevole che ha successivamente aderito all'orientamento negativo della Regione espresso con parere sfavorevole.

Profili giuridici

La pretesa di sottoporre le strutture sanitarie nella regione a un contingente numerico massimo, prescindendo da ogni considerazione quantitativa e qualitativa circa i nuovi servizi offerti dai richiedenti l'autorizzazione e circa i servizi già presenti sul territorio in relazione alle esigenze della popolazione residente e fluttuante, non risulta in alcun modo connessa al superiore interesse pubblico generale alla tutela dell'inviolabile diritto alla salute, ed è anzi suscettibile sia di limitare i servizi di prevenzione e cura concretamente attivabili sul territorio, sia di ostacolare il miglioramento qualitativo e la riduzione dei prezzi dell'offerta privata e non convenzionata con il Ssn grazie alla concorrenza e alla conseguente facoltà di scelta dei pazienti fra strutture diverse.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

Rapporto Oasi 2013. La Bocconi non ha dubbi: "Senza investimenti e con questi budget la sanità è a rischio". Ormai spendiamo molto meno di Germania, Francia e Regno Unito

La nostra spesa procapite è ferma a 2.419 dollari l'anno. Rispettivamente, 899, 714 e 328 in meno di Germania, Francia e UK. Se proseguiranno la contrazione degli investimenti e la riduzione della spesa dei cittadini, in alcune regioni c'è il rischio di non riuscire più a far fronte alle necessità della popolazione. Ecco la fotografia della nostra sanità ai tempi della crisi del Cergas Bocconi. EXECUTIVE SUMMARY

Contenendo la spesa per ogni singolo fattore produttivo (personale, medical device, privato accreditato, ecc.) e contraendo gli investimenti in tecnologie e rinnovo infrastrutturale la sanità pubblica sistema i conti nel breve periodo, ma a discapito della performance sanitaria presente e futura, tanto che in alcune regioni si fa concreto il rischio dell'undertreatment, ovvero dell'impossibilità di far fronte alle necessità sanitarie della popolazione. Dilatando i **tempi di pagamento**, in casi estremi, fino a 1.500 giorni (la media è di 236 giorni per i farmaci e 274 per le attrezzature) e non rinnovando le attrezzature le aziende si espongono a costi futuri – e creano perciò debito sommerso - in termini di prezzi più alti per le forniture, interessi di mora, contenziosi e personale impiegato per far fronte alle richieste dei creditori e futura obsolescenza tecnologica e inadeguatezza infrastrutturale.

Il Rapporto Oasi 2013 sul sistema sanitario italiano, presentato oggi alla Bocconi dal Cergas (Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) ribadisce la natura "sobria" del nostro sistema sanitario, con una **spesa pubblica pro capite, pari a 2.419 \$PPA** (dollari parità di potere d'acquisto), significativamente più bassa di quella di Germania (3.318), Francia (3.133) e Regno Unito (2.747) e un disavanzo in forte diminuzione a 1,04 miliardi di euro nel 2012 (-17,3% rispetto all'anno precedente), il che equivale allo 0,9% della spesa sanitaria pubblica corrente. I risultati sono notevoli soprattutto nelle regioni soggette a Piani di rientro: il disavanzo della Campania, nel 2012, è un decimo di quello del 2005, quello del Lazio un quinto e quello della Sicilia è sostanzialmente azzerato. Rimane però rilevante il gap di performance tra i diversi sistemi sanitari regionali ed è evidente la disparità tra le regioni in Piano di rientro e le altre "dal momento che tutte e sole le regioni in Piano di rientro (Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia)", scrivono i coordinatori del Rapporto, **Elena Cantù e Francesco Longo**, "risultano inadempienti o parzialmente inadempienti" nel mantenimento dei livelli essenziali di assistenza. Questo è un pericoloso campanello di allarme sul potenziale livello di iniquità nell'accesso alle cure tra nord e sud.

La spesa maggiormente penalizzata, perché meno rigida, risulta essere quella per investimenti, che si attesta a 59 euro pro capite nella media nazionale, ma con una forte variabilità, dai 111 euro dell'Emilia Romagna ai 20 euro della Calabria. Le regioni del Sud sono sistematicamente al di sotto della media nazionale, pur avendo un quadro infrastrutturale più fragile già in partenza.

La riduzione della spesa pubblica non è compensata da un aumento di quella privata,

che segue, invece, il ciclo economico e il reddito disponibile dei consumatori. Anche in questo caso la variabilità regionale è molto forte. La media italiana è di 463 euro pro capite, ma si va dai 707 euro del Trentino Alto Adige ai 239 della Campania e le ultime posizioni sono tutte occupate dalle regioni meridionali. In altri termini, non vi è una correlazione tra spesa sanitaria privata e quali/quantità di quella pubblica. Nelle regioni più ricche, con la migliore sanità, si spende di più anche per quella privata a pagamento. Ciò significa che nelle regioni più povere si fa concreto il rischio di undertreatment, come già dimostra l'inadempienza di alcune di queste regioni rispetto ai livelli essenziali d'assistenza.

Uno degli **espedienti utilizzati per alleggerire la situazione economica delle aziende è stato, fino ad ora, l'allungamento dei tempi di pagamento.** La sanità italiana, in media, paga i farmaci a 236 giorni e le attrezzature a 274, con una diminuzione di una ventina di giorni a metà 2013 rispetto metà 2012. La variabilità è altissima e, per le attrezzature, si va dagli 83 giorni della Valle d'Aosta ai 929 della Calabria, mentre per i farmaci si passa dai 75 giorni del Trentino Alto Adige ai 797 del Molise. In generale, la situazione più compromessa è quella di Campania, Calabria e Molise, ma sono da monitorare anche Piemonte, Puglia e Veneto. In Campania esistono aziende sanitarie che pagano a 103 giorni, altre a 1.509. Le regioni assoggettate a Piani di rientro per ridurre il debito pagano, in media, 280 giorni dopo le altre.

“I recenti provvedimenti normativi per liquidare parte del debito commerciale accumulato dalla pubblica amministrazione”, puntualizzano Cantù e Longo, “hanno sicuramente migliorato la situazione. Mettere le aziende sanitarie nella condizione di saldare i debiti pregressi non è, però, sufficiente. E' necessario che le aziende siano poste in condizioni di pagare puntualmente anche quelli futuri”.

Consiglio di Stato. Solo un medico può dirigere un'Unità operativa complessa di area medica

Riformando una precedente decisione del Tar Lazio del 2007, Palazzo Spada accoglie le tesi dell'Omceo di Roma e respinge il ricorso dell'Ordine degli Psicologi del Lazio sulla direzione di una Medicina interna dove era compreso un Sert. Per Lala, presidente dei medici di Roma: “Pronuncia fondamentale, a tutela della salute del paziente”. LA SENTENZA.

Dopo circa otto anni di contenzioso amministrativo, il Consiglio di Stato ha stabilito in via definitiva che soltanto un medico è abilitato a dirigere un'Unità Operativa Complessa di una Asl.

Il Consiglio di Stato, infatti, ha riformato una precedente decisione del Tar Lazio del 2007 (la n. 10538) accogliendo le tesi dell'Ordine di Roma in opposizione a un ricorso dell'Ordine degli Psicologi del Lazio che aveva impugnato l'avviso pubblico di una Asl per il conferimento di incarico di direttore della propria Uoc per le dipendenze patologiche, afferente all'Area Medica-Medicina Interna e comprendente anche il Ser.T. Oggetto dell'impugnazione: la scelta di riservare la partecipazione alla selezione dell'incarico ai soli medici, senza prevedere anche quella degli psicologi.

Sul lungo contenzioso ha quindi fatto chiarezza la sentenza del Consiglio di Stato,

sottolineando che “Non si vede come avrebbe potuto essere affidato un servizio di Medicina Interna, per il solo fatto che vi era ricompreso anche un Ser.T., alla direzione di una professionalità diversa da quella appartenente all’area medica tenuto presente che l’unità operativa di medicina interna era articolata in vari ambulatori e degenze e dunque implicava la somministrazione di cure dirette ai pazienti”.

Una sentenza questa di Palazzo Spada che ha trovato piena soddisfazione da parte dell’Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma. “È una pronuncia determinante per la tutela tanto della salute del paziente nel suo complesso – ha commentato **Roberto Lala**, presidente dei camici bianchi capitolini – quanto della nostra professione. Per alcuni aspetti direi storica per la categoria medica”.

“Da anni l’Ordine di Roma – ha aggiunto Lala – difende la centralità e l’esclusività dell’atto medico dalle numerose invasioni di campo da parte di profili professionali non medici che determinano rischio di minore tutela della salute. Tali profili professionali sono una ricchezza per l’intero sistema sanitario ma ognuno li deve esercitare nell’ambito delle proprie competenze. Questa fondamentale decisione della Magistratura amministrativa va ben oltre il caso specifico – ha concluso il presidente dell’Ordine della Capitale – e traccia un confine ben preciso e invalicabile anche per tutte quelle altre professioni sanitarie non appartenenti all’area medica”.

Cancro. Finita la sperimentazione al Cnao di Pavia. L'adroterapia a costi 10 volte più bassi che all'estero

Dal 1 gennaio è aperto a tutti i pazienti il Centro nazionale di adroterapia oncologica di Pavia. Finita la fase sperimentale delle nuove terapie basate sull'accelerazione di particelle di protoni e ioni carbonio per i tumori interni che non rispondono a radioterapia. Il costo del trattamento è di 24mila euro l'anno contro la media di 250mila dollari degli altri Paesi

Con l’inizio del 2014, il Centro nazionale di adroterapia oncologica (Cnao) di Pavia può finalmente mettersi alle spalle l’anno più difficile della sua storia: il rischio della bancarotta infatti non è più così reale e ora, dopo aver ottenuto a fine dicembre la marcatura CE e le tariffe dalla Regione Lombardia, è in sicurezza e può lavorare in autonomia, per curare e fare ricerca.

"Il 2013 è stato l'anno più difficile non solo per la nostra struttura, ma anche di tutta la mia carriera - spiega **Erminio Borloni**, presidente della Fondazione Cnao – perché ci siamo trovati nella situazione di aver costruito un centro di eccellenza, che tutti ci invidiano, e presso cui arrivano pazienti dall'estero, ma lasciato nell'indifferenza qui in Italia, con il rischio di fallire".

Un progetto, quello del Cnao, iniziato nel 2001, con l’insediamento della Fondazione, a cui hanno partecipato anche, tra gli altri, l’Ospedale S. Martino di Pavia, il Policlinico di Milano, l’Istituto Nazionale Tumori, l’INFN e il Politecnico di Milano.

In 12 anni è stato realizzato il centro, con il sincrotrone, una ‘ciambella’ lunga 80 metri in cui vengono accelerate le particelle, protoni e ioni carbonio, poi utilizzate nel trattamento dei tumori più interni, o che non rispondono alla radioterapia o con bassa sopravvivenza. Una macchina come quella del Cern di Ginevra, con cui si è studiato il bosone di Higgs, ma

realizzata 'in casa' dal centro stesso, insieme a varie aziende, molte delle quali italiane. Fatto questo che ha consentito di abbassare i costi del 50%, ma anche imposto, da parte del ministero della Salute, di effettuare una sperimentazione piuttosto rigida sui pazienti, per poter ottenere la marcatura CE.

“Il centro è costato complessivamente 137 milioni di euro – continua Borloni -. Ne sono arrivati circa 100 da Ministero della Salute, Regione e privati, ma ne mancavano 37 che il Ministero si era impegnato a darci tramite la Regione, e che non ci sono mai arrivati". In virtù della sperimentazione, il Cnao ha dovuto curare gratuitamente 200 pazienti. “E per questo abbiamo rischiato di fallire – prosegue – visto che le prestazioni non sono state pagate da nessuno, essendo appunto una sperimentazione”. Una situazione in cui non è stato facile 'calmare' fornitori e banche, a cui l'istituto doveva 50 milioni di euro. “Nei mesi scorsi, quelli più duri – ricorda Borloni – ho parlato con i fornitori, che ci hanno dato fiducia, e con le banche, che ci hanno sostenuto.

Non è stato facile, ma finalmente il 13 dicembre scorso, dopo aver completato la sperimentazione, è arrivata la marcatura CE, e il 20 dicembre le tariffe dalla regione Lombardia”. Il che significa che dal 1° gennaio di quest'anno il Cnao può lavorare finalmente con le sue tariffe, in modo da ripagare i debiti. "Si è così sbloccata la situazione - prosegue - Da gennaio possiamo lavorare con le nostre tariffe, che non sono altissime ma ci consentono di 'vivere', fare ricerca ed essere autonomi, e con cui potremo ripagare i costi finora non coperti. Così banche e fornitori ora sono più tranquilli sulla nostra solvibilità".

Ora rimane il problema per i pazienti provenienti dalle altre regioni, che non avendo approntato delle loro tariffe, li costringono a chiedere alla propria Asl di appartenenza l'autorizzazione ad avere il rimborso dei soldi da loro anticipati per pagare le terapie. Richieste a cui spesso è seguito un rifiuto, ma su cui ora sta cambiando la situazione, e arrivano le autorizzazioni. Anche perché, le stesse terapie, fatte all'estero costerebbero molto di più. “Da noi un trattamento completo costa 24mila euro l'anno – rivela Borloni – mentre all'estero ben 250mila dollari. Le nostre tariffe sono più basse perché siamo una fondazione no profit. Ci basta 'guadagnare' per sopravvivere e fare ricerca. Questa settimana sarò a Roma per cercare di risolvere il problema delle tariffe, nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni”.

Nel frattempo il centro può fregiarsi di essere “l'unico centro al mondo con marcatura CE in cui si effettuano trattamenti di protonterapia con ioni e protoni carbonio. Vengono a studiarci da tutto il mondo – conclude orgoglioso Borloni – Francia e Norvegia inviano qui i loro pazienti a curarsi, mentre la settimana scorsa sono venuti dagli Stati Uniti perché gli spiegassimo come realizzarlo”.

Sclerosi multipla. Nasce il “Management Lab” per i professionisti coinvolti nella cura

Si tratta di un progetto Sda Bocconi e Biogen Idec, ed è il primo laboratorio sui temi di management e organizzazione che vedrà coinvolti neurologi specializzati nella cura della SM, farmacisti ospedalieri e manager sanitari. Il progetto si occuperà di Pdta, individuazione di modelli per la cronicità ad alta complessità e analisi delle reti cliniche regionali.

Taglio del nastro per il Multiple Sclerosis Management Lab (MSMLab), un progetto a carattere nazionale che nasce dalla partnership Biogen Idec-Sda Bocconi. Un'iniziativa di studio innovativa, che vedrà coinvolti neurologi specializzati nella cura della SM, farmacisti ospedalieri e manager sanitari. Le principali aree di cui si occuperà il progetto saranno: il confronto dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (Pdta) per la Sclerosi Multipla, l'individuazione di modelli per la cronicità ad alta complessità e l'analisi delle reti cliniche regionali per la patologia.

“Il modello sclerosi multipla viene spesso preso ad esempio per analizzare modelli organizzativi regionali legati alla cronicità ad alta complessità anche in relazione al rapporto ospedale-territorio - ha spiegato **Leandro Provinciali**, Presidente Eletto Sin (Società italiana di neurologia) - in quanto si tratta di una patologia che richiede interventi sanitari e/o socio-assistenziali pensati sui bisogni specifici della persona affetta da sclerosi multipla. Questo punto è molto importante anche in considerazione di quanto si possa fare per limitare i costi di questa patologia dal lungo decorso – in media 40 anni – che scaturiscono soprattutto dall'insorgere della disabilità”.

Il progetto “MSMLab” intende identificare e analizzare dei “casi studio” che saranno oggetto di confronto e discussione all'interno di workshop tra esperti della materia. Neurologi, farmacisti e manager si incontreranno per confrontarsi, condividere esperienze e conoscenze emergenti sulla gestione del paziente affetto da SM. La collaborazione permetterà di affrontare la gestione della malattia in maniera più sistemica, considerando tutti gli aspetti della cura da quelli professionali a quelli organizzativi, logistici ed economici.

La governance dell'iniziativa è affidata a uno steering committee composito che raccoglie il sostegno del mondo accademico con rappresentanti di Sda Bocconi, l'esperienza aziendale portata da Biogen Idec, e il contributo della comunità scientifica grazie alla presenza di **Leandro Provinciali** e di **Maria Giovanna Marrosu**, in qualità di Segretario Gruppo di Studio Sclerosi Multipla della Sin.

La sclerosi multipla è una malattia neurodegenerativa progressivamente invalidante, che ha forti ripercussioni sulla vita sociale del paziente e dei suoi familiari. La SM è la patologia neurologica più comune tra i giovani adulti: 2,3 milioni di persone in tutto il mondo ne sono affette, di cui circa 600.000 in Europa. L'Italia fa parte delle aree ad alto rischio, con 1 diagnosi ogni 4 ore: in totale sono circa 68.000 le persone colpite da SM. La malattia fa il suo esordio tra i 20 e i 40 anni di età e colpisce soprattutto le donne, con un rapporto di 2 a 1 rispetto agli uomini.

La consapevolezza dell'urgenza di queste sfide e della peculiarità della sclerosi multipla è ciò che ha mosso già cinque anni fa Biogen Idec, in partnership con Sda Bocconi, ad attivare e sostenere il dibattito in seno alla comunità dei neurologi sulla comprensione delle logiche manageriali e organizzative che condizionano il funzionamento delle aziende sanitarie e, nella fattispecie, dei centri italiani per la cura della sclerosi multipla.

“Il Ssn italiano sta affrontando la sfida più difficile dal suo concepimento. Non è solo la questione della sostenibilità economica, ma anche il modo di concepire la salute e i paradigmi organizzativi - questa la riflessione condivisa di **Valeria Tozzi**, **Mario Del Vecchio** e **Federico Lega**, docenti di Sda Bocconi School of Management che guideranno

l'intero laboratorio -. Per lavorare come medici in modo efficace, servono quindi nuovi orientamenti e nuovi strumenti che facilitino il dialogo e sostengano il professionista” presidiando le dinamiche evolutive degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie e le questioni di sostenibilità e di equità nella cura.”

“L”impegno di Biogen Idec nella ricerca e innovazione nella Sclerosi Multipla si consolida anche con attività a vantaggio della sostenibilità del sistema che contribuiscono alla crescita di una cultura manageriale nell’ambito di una patologia che si è rivelata essere molto difficile da capire e da gestire - ha affermato **Giuseppe Banfi**, Amministratore Delegato di Biogen Idec Italia -. La costituzione del Multiple Sclerosis Management Lab in partnership con SDA Bocconi rappresenta un esempio concreto di questo impegno. Siamo fiduciosi che i risultati che otterremo dalle attività del MSMLab permetteranno di comprendere meglio le prospettive future nella gestione della patologia e di definire un nuovo livello di sinergia tra pubblico e privato”.



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584