

## I NUOVI LEA 2017

## COSA ENTRA E COSA ESCE

Pronta la nuova proposta del ministero  
della Salute che sta per essere pubblicata  
sulla Gazzetta Ufficiale

- 9 ATTUALITÀ**  
Approvata la legge  
sulla responsabilità  
professionale
- 12 ATTUALITÀ**  
Le novità del Piano  
Vaccinale 2017-2019
- 18 SIMPESV**  
Non sottovalutiamo i  
disturbi del sonno

**am**  
AVVENIRE  
MEDICO

IL MENSILE DELLA FIMMG  
NUMERO 1 - 2017 ANNO LV

**FIMMG**  
Federazione Italiana Medici di Famiglia

**Fiorenzo Corti**  
Direttore responsabile  
*Avvenire Medico*

## AIFA E MEDICINA GENERALE: SI RICOMINCIA?

**Dopo quasi due anni di silenzi e incomprensioni, l'incontro avvenuto tra Silvestro Scotti e Mario Melazzini nei giorni scorsi un primo e tangibile risultato l'ha prodotto: alla fine di marzo riparte il Gruppo di Lavoro Medicina Generale-Aifa.**

Carenza di informazione sui nuovi farmaci per la gestione delle patologie croniche, diritto per i medici di famiglia di poterli prescrivere a pieno titolo: questi i temi caldi sul tavolo di confronto.

L'esclusione dalla prescrizione su piano terapeutico web based dei nuovi anticoagulanti orali, delle incretine e dei primi farmaci biologici (e biosimilari) di indicazione corrente nelle patologie croniche a maggior prevalenza rappresenta un chiaro vulnus per i medici di famiglia: un altro pezzo di professione che se ne va, un chiaro, silente e progressivo esproprio di area professionale.

Andando poi a vedere gli effetti sulla salute dei malati, ci troviamo di fronte a un'evidente limitazione nell'accesso a terapie ormai riconosciute dalla comunità scientifica di prima prescrizione.

È un'ulteriore dimostrazione di quel che non sembra politicamente corretto dire ma che è sotto gli occhi anche degli osservatori meno attenti: continua il defianziamento del Servizio sanitario nazionale.

Eppure non dobbiamo darci per vinti: Fimmg c'è e continuerà il proprio lavoro di sostegno, con tutta l'area della Medicina Generale, degli interessi dei medici che rappresenta e dei milioni di cittadini che quotidianamente si rivolgono a loro con fiducia.

### IL MENSILE DELLA FIMMG



Fondato nel 1963  
da Giovanni Turziani  
e Alberto Rigattieri

Piazza G. Marconi 25  
00144 Roma  
TEL 06.54896625  
FAX 06.54896645  
[www.fimmg.it](http://www.fimmg.it)

**Direttore responsabile**  
Fiorenzo Corti

**Comitato di redazione**  
Esecutivo nazionale Fimmg

**Coordinamento editoriale**  
Eva Antoniotti

**Hanno collaborato**  
Gennaro Barbieri,  
Giuseppe Nicodemo  
Bombardiere,  
Lucia Conti,  
Andrea Le Pera,  
Ester Maragò,  
Stefano A. Nobili,  
Giovanni Rodriguez,

**Progetto grafico e impaginazione**



Edizioni Health Communication

**Editore**  
Edizioni Health  
Communication  
Via V. Carpaccio 18  
00147 Roma  
[redazione@hcom.it](mailto:redazione@hcom.it)  
TEL 06.59.44.61

**Stampa**  
Union Printing - Viterbo  
Registrazione al Tribunale  
di Bologna n. 7381 del  
19/11/2003

Sped. in abb. postale  
D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art. 1, comma 1, dcb Roma  
Finito di stampare  
nel mese di febbraio 2017



## COSA ENTRA (E COSA ESCE) NEI NUOVI LEA DELLA MINISTRA LORENZIN

Cosa offrirà ai cittadini il Ssn con i nuovi Lea? Prestazioni in più, ma anche tagli alle “vecchie” e ticket in aumento per 8,7 milioni. Esentate altre sei malattie croniche e oltre 110 nuove malattie rare. Entrano epidurale, eterologa, ludopatia e screening neonatale per la sordità. Sei nuovi vaccini gratuiti. Ci sarà una “soglia” per il cesareo. E poi entrano nuovi ausili protesici compresi quelli per la comunicazione dei malati di Sla.

LA LISTA dei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal Ssn era ferma dal 2001. Ora è pronta la nuova proposta del ministero della Salute che, dopo l'Accordo raggiunto in Stato-Regioni, la firma del presidente del Consiglio Gentiloni e la registrazione da parte della Corte dei Conti, attende solo di essere pubblicata sulla Gazzetta Uffi-

ciale. La sua attuazione poi passerà attraverso la Conferenza delle Regioni, con un tavolo permanente di analisi che dovrebbe concludere i lavori entro l'estate.

La scommessa è alta. Da un lato vengono infatti messe in elenco numerose prestazioni in più nel “paniere” del Ssn risalente ormai al 2001, dall'altro si pun-

ta molto sulla capacità delle Regioni di “riassorbire” gran parte di questi costi, sia perché molte delle nuove prestazioni sono già erogate, sia contando su nuove misure specifiche di razionalizzazione della spesa e in una maggiore attenzione all'appropriatezza in tutti gli ambiti di intervento.

### La stima dei costi

Alla fine i costi in più stimati sono di 414 milioni di euro. A questa somma si arriva per l'appunto attraverso un'analisi dettagliata di maggiori e minori oneri per ogni area di assistenza (prevenzione, specialistica ambulatoriale, categorie particolari, ovvero malati rari e cronici, assistenza protesica e integrativa, assistenza ospedaliera). Il ministero ha infatti prima calcolato l'impatto “teorico” dei nuovi Lea, stimato in 2.046 miliardi di euro, e poi ha sottratto a questa cifra i risparmi ottenibili attraverso una serie di misure di appropriatezza, l'eliminazione di “vecchie” prestazioni e considerando infine il fatto che molte nuove prestazioni dei Lea (ad esempio i vac-





**Vengono messe in elenco numerose prestazioni in più nel "paniere" del Ssn risalente ormai al 2001**



cini, ma non solo) sono già erogate dalle Regioni. In tutto 1.632 milioni di euro, che sottratti ai 2.046, danno per l'appunto il costo "netto" dei nuovi Lea, pari ai 414 milioni indicati nei documenti. Ma vediamo i nuovi Lea nel dettaglio e anche dal punto di vista del loro profilo economico.

## Quattro nuovi vaccini

Per la prevenzione vengono inseriti nei Lea quattro nuovi vaccini: Varicella, Pneumococco, Meningococco, Vaccino anti HPV per un totale di 138 milioni di euro di maggior costo, che scende però a 68 milioni in quanto si stima che 70 milioni siano già assorbiti dalla spesa attuale per vaccinazioni in quanto molte regioni già erogano alcuni dei nuovi vaccini.

## Meno day hospital e più ticket

Per la *specialistica ambulatoriale* è prevista l'introduzione di nuove prestazioni (Adroterapia, PMA, Terapia fotodinamica laser con verteporfina, analisi di

laboratorio per la diagnosi e monitoraggio di malattie rare, enteroscopia con microcamera ingeribile, ecc.); l'introduzione di condizioni di erogabilità e indicazioni alla prescrizione appropriata per prestazioni ad alto costo o a rischio di uso inappropriato (specie per diagnostica per immagini); l'introduzione di prestazioni cosiddette "reflex", erogabili solo se le indagini di primo livello suggeriscono la necessità di approfondimenti successivi; la specificazione dei criteri per l'erogazione dell'odontoiatria. I maggiori oneri per queste nuove prestazioni stimati arrivano a 1,5 miliardi di euro, dai quali bisogna però sottrarre 1 miliardo di costi perché molte delle nuove prestazioni sono in realtà già erogate da molte regioni, una minore spesa di 234,5 milioni per le misure di appropriatezza proposte e una maggiore entrata per i ticket stimata in 8,7 milioni di euro, conseguente alle circa 700 mila prestazioni annue che si prevede passeranno dal regime di ricovero diurno a quello ambulatoriale. Alla fine il costo "in più" effettivo per questa branca di nuovi Lea scende a soli 256,80 milioni a fronte del miliardo e mezzo teorico.



## Protesi ad alta tecnologia

Per l'*assistenza protesica* si prevede l'introduzione di nuove protesi e ausili anche di elevata tecnologia (piedi a restituzione di energia, componentistica in materiali innovativi, sollevatori mobili e fissi, protesi acustiche digitali, comunicatori a sintesi vocale o a display, sensori di comando, i sistemi di riconoscimento vocale, domotica, stoviglie adattate, maniglie e braccioli di supporto, ecc); l'ampliamento dei beneficiari (malati rari, assistiti in ADI); la semplificazione delle procedure (collaudo degli ausili); specifiche indicazioni per l'appropriatezza prescrittiva e l'albo dei prescrittori; l'estensione delle gare per l'acquisto dei dispositivi standard ma personalizzazione dei dispositivi acquistati. In questo caso la maggiore spesa teorica viene calcolata in 340 milioni di euro, ai quali vanno però sottratti 65 milioni per la cancellazione di "vecchie" categorie di ausili comprese nei precedenti Lea (es. plantari di serie, motorcarrozzina a tre ruote, carrozzina ad autospinta sulle ruote anteriori, calzature di rivestimento per protesi, calzature ortopediche di serie); altri 48 milioni di risparmi grazie alle nuove gare d'acquisto, 32 milioni per il "riciclo" degli ausili e 11 milioni per la maggiore attenzione alle prescrizioni per evitare abusi. Alla fine la spesa in più per il Ssn è stimata in 184 milioni di euro.

## Nuovi presidi per l'assistenza

Per l'*assistenza integrativa* vengono inseriti nuovi prodotti a proteici per i nefropatici cronici per una spesa di 21 milioni di euro, prevista la fornitura di preparati addensanti per 2,7 milioni di euro e di dispositivi monouso innovativi (medicazioni avanzate, cateteri ecc.) per 10 milioni. La spesa totale è quindi 33,70 milioni che verranno però ampiamente compensati dai 90 milioni che si stima di risparmiare dall'efficientamento delle procedure di acquisto dei dispositivi monouso, con una "minore" spesa finale per questa branca di 56,3 milioni di euro.



## Più articolazione nell'assistenza alle fragilità: domiciliare, territoriale, residenziale

Per l'Area socio-sanitaria i nuovi Lea prevedono una descrizione puntuale delle attività nell'assistenza domiciliare, territoriale (consultori familiari, servizi per le dipendenze, servizi per la salute mentale adulti e neuropsichiatria infantile, servizi per disabili), semiresidenziale e residenziale (per malati cronici, malati in fine vita, persone con disturbi mentali, persone con dipendenze patologiche, disabili); l'articolazione dell'assistenza domiciliare e residenziale in più livelli di intensità in relazione ai bisogni: intensiva (per accogliere le dimissioni e filtrare gli ingressi in ospedale), estensiva (di medio impegno), di lungoassistenza e mantenimento per le situazioni stabilizzate che non possono essere trattate al domicilio per difficoltà familiari/sociali; il mantenimento delle attuali quote sociali a carico del Comune/assistito. Rispetto ai vecchi Lea in questo ambito il nuovo provvedimento, si legge nella relazione, "non presenta linee erogative



aggiuntive in quanto viene confermato il precedente impianto articolato nelle due dimensioni della residenzialità e dell'assistenza domiciliare. Si è proceduto, invece, all'interno delle linee erogative già esistenti a diversificare i possibili profili prestazionali articolandoli sostanzialmente per intensità di cure". Per questo la valutazione di impatto economico "deve considerare contemporaneamente le ricadute che il potenziamento di un livello assistenziale produce, in direzione opposta, su livelli assistenziali "contigui".



**2015: il Decreto Appropriatelyzza e la reazione dei medici**

Ma veniamo al percorso. Tutti ricordano il Decreto Appropriatelyzza del 2015, che introduceva il concetto di "condizione di erogabilità", cioè limitava solo ad alcune diagnosi la possibilità di prescrivere determinati accertamenti, limitando sostanzialmente l'autonomia del medico. Tali limitazioni, inoltre, non erano supportate da indicazioni bibliografiche e, in alcuni casi, contenevano veri e propri errori scientifici.

In tale occasione, toccò a Fnomceo farsi portavoce del mondo medico e, anche con il supporto dei Sindacati e in particolare di Fimmg per apporto di idee e risorse umane, ottenere dal Ministero di essere interlocutore istituzionale per un riassetto di tutta la materia: a seguito di un intenso lavoro su più tavoli venne prodotta una circolare della Direzione Generale Sanità, che, pur con qualche difficoltà sotto il profilo giuridico, disapplicava nella sostanza il Decreto Appropriatelyzza e le relative sanzioni, in attesa di una sua abrogazione e riscrittura nel previsto DPCM "Nuovi LEA".

Venivano corretti gli errori più evidenti e veniva chiarita la distinzione tra "indicazioni di appropriatezza" e "criteri

## La malattia del gioco

L'inserimento delle persone affette da ludopatia tra gli utenti degli attuali servizi destinati al trattamento delle dipendenze patologiche non comporterà infine nuovi oneri, in quanto tali servizi sono già attivi su tutto il territorio nazionale. Si ricorda a questo proposito che



di erogabilità": le prime sostanzialmente linee guida cui deve attenersi il comportamento generale del medico, senza vincoli nel singolo caso clinico, i secondi veri e propri vincoli alla prescrizione non derogabili, con le relative conseguenze anche sugli algoritmi della prescrizione dematerializzata. Delle "indicazioni di appropriatezza" il medico potrà essere chiamato a rispondere nell'ambito di una valutazione complessiva del suo comportamento professionale, secondo le regole che saranno previste da Contratti o Convenzioni o, al limite, a seguito di una contestazione della Corte dei Conti, improbabile in quanto possibile solo nell'ipotesi di colpa grave. Le "condizioni di erogabilità", invece, implicano l'associazione ad una specifica "nota" e ad una specifica diagnosi, sempre vincolanti, essendo diversamente impossibile, anche materialmente, la prescrizione. Si è convenuto, e questo è stato recepito dal DPCM "Nuovi LEA", che abroga il Decreto Appropriatelyzza, peraltro già di

LO DICE  
LA FIMMG

## Nuovi LEA: la scommessa di una vera appropriatezza

Guido Marinoni

Commentare, dal punto di vista dei medici di famiglia, il DPCM "Nuovi LEA", significa commentare un percorso che parte dal Decreto Appropriatelyzza del 2015 e arriva sino all'istituzione della nuova "Commissione nazionale per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale".

In premessa, tuttavia, non si può che vedere con favore l'aggiornamento e l'implementazione dei LEA, esprimendo l'auspicio che il tutto si traduca in un effettivo progresso e cioè che le limitate risorse economiche messe al disposizione non condizionino l'ennesimo allungamento delle liste d'attesa, limitativo della reale fruibilità dei servizi.

Non si può che vedere con favore l'aggiornamento e l'implementazione dei LEA, esprimendo l'auspicio che il tutto si traduca in un effettivo progresso.

la legge di stabilità 2015 (art.1, comma 133) vincola 50 mln di euro del Fondo sanitario nazionale al trattamento di tali soggetti.

## Assistenza territoriale

Per quanto concerne medicina di base, continuità assistenziale, assistenza ai turisti, emergenza sanitaria territoriale, assistenza farmaceutica le disposizioni dei nuovi Lea non introducono alcuna novità nella normativa vigente e possono quindi considerarsi neutrali sotto il profilo economico-finanziario. In sostanza si rinvia al rinnovo delle Convenzioni.

## Aumentano le malattie croniche esenti da ticket

È prevista l'introduzione di sei nuove patologie esenti: BPCO medio/grave, Rene policistico autosomico dominante, Osteomielite cronica, Malattie renali croniche, Sindrome da talidomide, Endometriosi medio/grave. Prevista anche la

**fatto nella sostanza disapplicato, che le "condizioni di erogabilità" fossero limitate a poche e particolari situazioni (ad esempio la radioterapia, oppure la densitometria ossea la cui prescrizione già in precedenza era limitata, ecc...), mentre per la grande generalità di esami di laboratorio e radiodiagnostica, comprese le Risonanze Magnetiche, vengono introdotte solo "indicazioni di appropriatezza", riviste rispetto alle indicazioni del Decreto Appropriatezza, dopo analisi della letteratura e condivisione delle Società Scientifiche.**

La sostenibilità dei nuovi LEA passa per una vera appropriatezza. Scampato pericolo, dunque, per l'autonomia professionale del medico, ma, attenzione, la sostenibilità dei nuovi LEA (e più in generale di tutto il Servizio sanitario nazionale) passa necessariamente da una attenta applicazione da parte nostra delle indicazioni di appropriatezza: l'alternativa è il passaggio ad una "medicina amministrata" in cui il ruolo del professionista finirà per essere sostituito da un algoritmo informatico, che rischia di distruggere, in primo luogo, la funzione delle cure primarie fondate sul rapporto di fiducia con l'assistito. Intanto tutto questo processo ha



revisione delle prestazioni esenti per le patologie individuate, alla luce delle evidenze scientifiche e delle Linee guida e a seguito dell'aggiornamento del nomenclatore della specialistica ambulatoriale, e l'introduzione, ove possibile, della cadenza temporale di esecuzione delle prestazioni (es. max. 1 volta anno). La spesa maggiore è stimata in 12 milioni di euro.

## Gravidanza e tutela della maternità

Si prevedono prestazioni specialistiche più appropriate per l'accertamento del rischio procreativo, in funzione preconcezionale; l'ampliamento delle prestazioni per il monitoraggio secondo le specifiche Linee guida (incluso il test combinato: parametri di laboratorio in combinazione con le indagini ecografiche eseguite presso strutture appositamente individuate dalle regioni) per la gravidanza fisiologica; l'aggiornamento delle indicazioni secondo le più recenti Linee guida (condizioni biologiche-genetiche, alterazione di parametri ecografici e biochimico/molecolari, patologie infettive che determinano un rischio per il nascituro) per l'accesso alla diagnosi prenatale. Anche per questo capitolo il documento del ministero non comprende un'analisi economica.

innescato un meccanismo virtuoso di collaborazione tra Ministero della Salute e Fnomceo, che vede la presenza di rappresentanti dell'istituzione ordinistica nella nuova "Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale", che dovrà costantemente rivedere prestazioni, condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza. Nessuno oggi può dire quale sarà il futuro del nostro Servizio sanitario nazionale: tentare di difenderlo con responsabilità, impegno e disponibilità all'innovazione nella nostra attività quotidiana è un dovere di ognuno di noi, per la tutela della salute dei nostri assistiti, ma anche per garantire un futuro alla professione del medico di Medicina Generale.



**Tentare di difendere il Ssn con responsabilità, impegno e disponibilità all'innovazione nella nostra attività quotidiana è un dovere di ognuno di noi**

## Nuove malattie rare esenti da ticket

Vengono inserite oltre 110 nuove patologie e gruppi di patologie esenti tenendo conto delle richieste delle Associazioni e del Tavolo interregionale per le Malattie rare (Sindrome di Dravet, Sindrome di Linch, Melanoma cutaneo familiare, MEN1 e MEN2, ecc.); si attua la revisione dei criteri di classificazione dell'elenco delle malattie rare per una migliore sistematizzazione nosologica e codifica secondo acquisizioni medico scientifiche aggiornate. La spesa in più per queste nuove esenzioni è stimata in 10 milioni di euro.

Complessivamente, però, la spesa effettiva in più per le esenzioni delle nuove malattie croniche e rare scende a soli 6 milioni di euro conseguentemente all'eliminazione dall'elenco delle malattie rare di alcune patologie (es. sindrome di Down, celiachia e connettiviti indifferenziate).

## Risparmi nell'assistenza in ospedale

Per l'assistenza ospedaliera è prevista l'introduzione dell'analgia epidurale con una spesa di 5,50 milioni; lo screening neonatale per la sordità per 6,7 milioni; la raccolta, conservazione e distribuzione di cellule riproduttive finalizzate alla PMA eterologa con una spesa a carico del Ssn di 1 milione, per un totale di 13,2 milioni di euro in più. Ma anche in questo caso il documento del ministero prevede addirittura un risparmio conseguente al trasferimento in ambulatorio di molti ricoveri diurni, alla fissazione di soglie per il parto cesareo al di sopra delle quali le regioni sono tenute ad adottare misure disincentivanti una soglia e infine all'introduzione a livello centrale del limite soglia di appropriatezza per tutti i regimi di erogazione (RO, DH, DS, Riab., Lungodegenza). Alla fine tutte queste misure di contenimento della spesa si stima producono un risparmio di 57 milioni di euro che consentirebbero una minore spesa per l'assistenza ospedaliera dei nuovi Lea di 44,51 milioni di euro.



## Addio a Luigi Conte, segretario della Fnomceo



Luigi Conte

LUTTO NEL MONDO MEDICO italiano. Il 2 febbraio scorso è morto il segretario della Fnomceo, Luigi Conte. Roberta Chersevani, presidente della Federazione nazionale Ordini dei medici, e il Comitato centrale ne hanno dato notizia "con dolore immenso". A nome di tutta la Fimmg, Silvestro Scotti ha espresso un profondo cordoglio: "È una notizia che ci rattrista profondamente. Per tutto il mondo medico rappresenta una grave perdita. In questo momento di grande dolore ci stringiamo alla sua famiglia". Laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso presso l'Università degli studi di Napoli e in Chirurgia Pediatrica presso

l'Università degli studi di Ferrara, Luigi Conte è stato Direttore della Struttura Organizzativa Semplice Dipartimentale di Day Surgery dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine. Già presidente, e attualmente vicepresidente dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Udine, Conte era, dal 2012, segretario del Comitato Centrale della Fnomceo (precedentemente consigliere), coordinando l'Ufficio Nazionale per l'ECM. Conte era coordinatore della sezione IV - Indicazione e sviluppo obiettivi formativi nazionali e coordinamento di quelli regionali - della Commissione ECM su designazione della Fnomceo.

## Aifa: eradicare l'epatite C

**L'Aifa ha comunicato che sono stati ridefiniti i criteri di trattamento per la terapia dell'Epatite C cronica. Elaborati nell'ambito del Piano di eradicazione dell'infezione da HCV in Italia, consentiranno di trattare tutti i pazienti per i quali è indicata e appropriata la terapia. Gli 11 criteri sono scaturiti dal dialogo con le Società scientifiche e sono stati condivisi con la Commissione Tecnico Scientifica (CTS) dell'AIFA. Il Direttore Generale Mario Melazzini, prima dell'adozione formale, ha inoltre illustrato la nuova impostazione alle associazioni dei pazienti. Il Piano di eradicazione sarà reso possibile anche dalla trattativa in corso con le aziende per la riduzione del costo dei farmaci, per ottenere, come ha sottolineato lo stesso Melazzini, "prezzo etico e**

## UEMO entra nella struttura della Commissione Europea per l'HTA in sanità



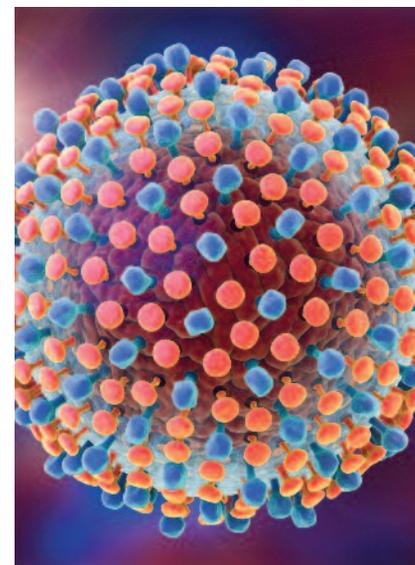
Aldo Lupo

Il presidente della UEMO (Union Européenne des Médecins Omnipraticiens), Aldo Lupo, ha annunciato con soddisfazione la decisione della Direzione Generale per la Salute della Commissione Europea di chiamare l'organizzazione europea dei medici di famiglia a far parte di EUnetHTA, rete dagli stakeholder europei per la HTA (Health Technology Assessment). "HTA - ha sottolineato Lupo - è una parte importante del processo decisionale evidence based in sanità nella maggior parte dei paesi dell'UE". In particolare, attraverso la creazione di questa struttura la Commissione

vuole rafforzare la cooperazione tra i paesi, proponendosi di:

- facilitare l'utilizzo efficiente delle risorse di HTA in Europa;
- creare un sistema sostenibile di HTA attraverso la condivisione delle conoscenze;
- promuovere le buone pratiche nei metodi e nei processi di HTA;
- sostenere "Joint Action 3", con il finanziamento del programma di salute UE EUnetHTA - rete europea per la valutazione delle tecnologie sanitarie.

La prossima riunione della rete HTA è previsto per il 29 marzo a Bruxelles.



## Il 5 settembre si terranno i test di accesso a Medicina per il 2017-2018

**Il ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca ha pubblicato il calendario delle prove d'ingresso ai corsi ad accesso programmato per l'anno accademico 2017-2018: si parte il 5 settembre con Medicina e Odontoiatria e si finisce il 15 settembre con Scienze della Formazione. Per le**

**Professioni sanitarie l'appuntamento con il test è il 13 settembre, mentre il 14 è in programma il test per Medicina e Chirurgia in lingua inglese. Le modalità e i contenuti della prova e il numero di posti disponibili per le immatricolazioni saranno definiti con un successivo decreto.**



# PIÙ SERENITÀ PER I PROFESSIONISTI, PIÙ TRASPARENZA PER I CITTADINI

Cambia il procedimento di elaborazione delle linee guida, le direzioni sanitarie delle strutture dovranno fornire la documentazione sanitaria dei pazienti che ne faranno richiesta entro 7 giorni e verrà istituito un Fondo rischi per il risarcimento sinistri.

Giovanni Rodriguez

**Approvato alla Camera**, in via definitiva, il disegno di legge sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure, noto come "ddl Gelli", con 255 pareri favorevoli e 113 contrari.

"Quella di oggi è una data che resterà nella storia della sanità italiana. Finalmente, grazie all'aiuto, e al prezioso contributo, di tutti i colleghi di Camera e Senato, il Ddl sulla responsabilità pro-

fessionale e la sicurezza delle cure, è legge. Si tratta di un provvedimento atteso ormai da ben oltre un decennio da parte degli operatori della sanità". Così **Federico Gelli**, relatore del disegno di legge sulla Responsabilità professionale e responsabile sanità del Pd, ha commentato il voto dello scorso 28 febbraio.

Dopo oltre 15 anni di dibattito parlamentare ed un primo tentativo, con la legge Balduzzi, di normare la materia, il Parlamento è riuscito così a dare una



risposta complessiva al tema della responsabilità professionale del personale sanitario e della sicurezza delle cure per i pazienti. L'obiettivo della legge è quello di rispondere principalmente a due problematiche: la mole del contenzioso medico legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie, e il fenomeno della medicina difensiva che ha prodotto un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica. Il tutto nell'ottica della ricerca di un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente che permetta, da una parte ai professionisti di svolgere il loro lavoro con maggiore serenità, grazie alle nuove norme in tema di responsabilità penale e civile, e dall'altra garantendo ai pazienti maggiore trasparenza e la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti.

Con il nuovo provvedimento cambia la responsabilità civile e penale per gli esercenti la professione sanitaria, si regola l'attività di gestione del rischio sanitario, prevedendo che tutte le strutture attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio (risk management), si prevede l'obbligo per le direzioni sanitarie delle strutture di fornire la documentazione sanitaria dei pazienti che ne faranno richiesta entro 7 giorni, e si affidano le linee guida non più solo le Società scientifiche, ma anche enti e istituzioni ed associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie.

LO DICE  
LA FIMMG

**Scotti: "Ora i medici torneranno a confrontarsi con gli assistiti anziché con gli avvocati"**

"Una bella giornata per tutta la sanità e i medici, che saranno liberi di lavorare e confrontarsi con i propri assistiti anziché incrociare le armi con gli avvocati". Così il Segretario nazionale della Fimmg, **Silvestro Scotti**, ha commentato l'approvazione in via definitiva alla Camera della legge sulla responsabilità professionale degli operatori sanitari. "Un'ottima legge che se da un lato consentirà ai medici di lavorare più serenamente secondo scienza e coscienza, dall'altro offre maggiore tutela e certezza del risarcimenti ai cittadini. Sia perché, confermando una giurisprudenza già consolidata, la legge definisce di natura extracontrattuale il rapporto tra il medico di famiglia e il suo assistito, che potrà così ottenere il

risarcimento dal soggetto economicamente più solido, ossia la Asl. E sia perché il testo fa esplicito riferimento all'obbligo di utilizzare obbligatoriamente le tabelle che quantificano i risarcimenti, che il Governo ha assicurato voler rapidamente integrare ed aggiornare".

"L'aver poi escluso la colpa grave nel caso siano rispettate linee guida e buone pratiche assistenziali, consentirà ai medici di lavorare con più serenità, senza ricorrere a quella medicina difensiva, che produce inappropriata e sprechi", ha aggiunto Scotti.

"Restiamo convinti che il miglior modo per contrastare il boom delle cause sanitarie sia lavorare al consolidamento del rapporto fiduciario medico-paziente -

ha sottolineato il segretario Fimmg - che mal si concilia con prescrizioni dettate più dalle ragioni del risparmio a tutti i costi che dalle evidenze scientifiche, peraltro in continua evoluzione. Il basso indice di contenzioso vantato dai medici di famiglia dice che questa è la strada da seguire. Magari - ha concluso Scotti - facendo uscire dalle secche il rinnovo della nostra convenzione, che deve essere una opportunità di promozione e incentivazione della piena presa in carico dei pazienti da parte dei medici di Medicina Generale".

# PER IL 2017 LE REGIONI SI DIVIDONO POCO PIÙ DI 109 MILIARDI

RIPARTO  
DEL FONDO  
SANITARIO  
NAZIONALE



Per dividere il finanziamento statale alla sanità pubblica (Fondo sanitario nazionale) di fatto è stato in parte utilizzato il criterio della deprivazione socio-economica, che sarà riesaminato in Commissione Salute avvalendosi della collaborazione di un gruppo di esperti per farlo entrare a regime il prossimo anno

Ester Maragò

DEFINITO IL 23 FEBBRAIO SCORSO il riparto tra le Regioni del Fondo sanitario nazionale 2017. In tutto ripartiti 109,218 miliardi e le Regioni hanno chiuso all'unanimità la partita. Una quadra trovata grazie a un correttivo che ha tenuto conto della diversità di popolazione tra l'anziana Liguria e la giovane Campania. Un primo segnale concreto di apertura verso il criterio della deprivazione socio-economica. Ed è stato anche individuato un fondo speciale di 10 milioni di euro per l'assistenza sanitaria nelle zone del Centro Italia colpite dal terremoto. "Soddisfazione per l'accordo raggiunto all'unanimità in Conferenza delle Regioni sul riparto delle risorse da destinare al servizio sanitario per il 2017" è stata espressa dal presidente **Stefano Bonaccini**. "Il mio è un giudizio positivo per tre motivi - ha detto - prima di tutto per la tempistica. Anche quest'anno abbiamo chiuso il riparto relativo ai fondi per la sanità a febbraio. Questo nonostante la normativa prevista e i vincoli

siano più stringenti rispetto al passato. Secondariamente - ha proseguito - è molto importante che questa ripartizione abbia consentito di avviare un primo passo verso la revisione dei criteri, considerando prima di tutto la popolazione anziana, ma dando un primo segnale concreto all'indice di deprivazione per quelle regioni in cui l'età media della popolazione risulta nettamente inferiore alla media nazionale. Infine sono particolarmente lieto che non sia mancato un forte segnale di solidarietà interregionale, nell'ambito del riparto infatti abbiamo tenuto conto della particolare e drammatica situazione che stanno vivendo le regioni colpite recentemente dal terremoto destinando a queste zone circa 10 milioni in più".

La proposta delle Regioni sarà ora inoltrata al ministro della salute, **Beatrice Lorenzin**, e il presidente ha espresso l'auspicio che si possa procedere nel più breve tempo possibile "per arrivare alla erogazione rapida delle risorse fonda-

mentali per un servizio essenziale per i cittadini quale è quello sanitario".

Fino all'ultimo momento la definizione della ripartizione del finanziamento statale del Ssn tra le Regioni sembrava è stata incerta. Il dissenso del Veneto e le perplessità di Campania e Calabria rischiavano di mettere tutto in discussione. La svolta conclusiva è arrivata all'ultimo momento: nel riparto è stato infatti inserito un correttivo che ha tenuto conto della diversità di popolazione tra l'anziana Liguria e la giovane Campania. Un criterio oggettivo che ha consentito alle Regioni di operare un riequilibrio. Un segnale importante che mostra un'apertura verso quel criterio della deprivazione socio-sanitaria tanto invocato dalle regioni del Sud.

Criterio peraltro già implicitamente considerato nell'accordo sulla mobilità attiva e passiva, ha spiegato il coordinatore della commissione Affari finanziari della Conferenza delle Regioni, **Massimo Garavaglia** che ha ribadito come il riparto del Fondo sia stato chiuso senza i 422 mln di contributo alla finanza pubblica di cui le Regioni a statuto speciale non hanno voluto farsi carico.

E sulla deprivazione si lavorerà in Commissione Salute avvalendosi della collaborazione di un gruppo di esperti. "È un lavoro complicato - ha aggiunto Ga-

**Riparto finale 2017**

Regioni	Riparto
Piemonte	8.083.133.698
Valle d'Aosta	230.419.399
Lombardia	17.963.680.824
Bolzano	912.904.617
Trento	958.972.554
Veneto	8.840.927.263
Friuli	2.251.328.925
Liguria	3.053.746.074
Emilia Romagna	8.093.292.447
Toscana	6.876.394.382
Umbria	1.640.284.997
Marche	2.831.873.891
Lazio	10.505.576.659
Abruzzo	2.403.202.281
Molise	574.188.201
Campania	10.254.024.529
Puglia	7.240.852.374
Basilicata	1.052.380.229
Calabria	3.501.227.134
Sicilia	8.959.427.683
Sardegna	2.990.633.534
<b>Totale</b>	<b>109.218.471.696</b>



**Nell'ambito del riparto abbiamo tenuto conto della particolare e drammatica situazione che stanno vivendo le regioni colpite dal terremoto destinando a queste zone circa 10 milioni in più.**



**Stefano Bonaccini**  
presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome

ravaglia - che richiede l'intervento di esperti qualificati, ma se si parte adesso, da qui al prossimo anno sicuramente potremmo inserirlo in maniera più oggettiva. Di certo le Regioni hanno rispettato tempi e le scadenze. Hanno dimostrato di aver colto il segnale del Referendum e responsabilmente fanno il loro dovere". Soddisfatto per l'approvazione del Riparto il Presidente della Liguria e vicepresidente della Conferenza delle Regioni, **Giovanni Toti** "Abbiamo chiuso con il riparto del Fondo sanitario 2017: come chiedevano alcune Regioni, Campania in testa. Io sono soddisfatto, il fondo della Liguria ha ottenuto qualche briciola in più. Certo è un riparto che paga lo scotto di crescere meno di quanto sarebbe stato necessario, non è il caso di festeggiare, parliamo di un riparto complicato. Le Regioni con grande consapevolezza hanno chiuso a febbraio, ora abbiamo un anno per ragionare bene e tarare i criteri; un ragionamento è iniziato, la strada è ancora lunga". Soddisfatto l'assessore regionale alla Sanità **Antonio Saitta**: "Rispetto allo scorso anno, c'è un aumento di risorse per 1 miliardo e 580 milioni di euro. Per quanto riguarda il Piemonte l'incremento sul 2016 è di circa 116 milioni, fondi che saranno prevalentemente vincolati a una serie di nuovi costi sanitari, come

la spesa per i farmaci innovativi contro l'Epatite C, per i farmaci oncologici, per i nuovi vaccini, per il rinnovo del contratto di settore, per la stabilizzazione dei precari. Giudico in maniera assolutamente positiva il fatto che per il secondo anno di fila l'intesa sia stata definita all'inizio dell'anno - ha aggiunto - sono soddisfatto perché solo in questo modo è possibile avere certezza delle risorse effettivamente disponibili e di conseguenza impostare correttamente la programmazione". "Ci siamo salvati perché nel gioco per certi versi assurdo del 'più X meno Y' che accompagna sempre un riparto' siamo riusciti a limitare il 'meno' al minimo possibile. Quei circa 40 milioni che mancano sono tecnicamente maggiori costi legati ai nuovi Lea, ai nuovi vaccini, a varie nuove voci di spesa, alla nostra quota parte dei 422 milioni di taglio complessivo che ci si è trovati di fronte e che non è stato applicato alle Regioni Autonome". Così ha commentato l'Assessore alla Sanità del Veneto **Luca Coletto**. "Le risorse complessive sono sempre meno - aggiunge Coletto - ma ancora non è stato possibile imporre il concetto virtuoso per il quale chi ha i conti in ordine dovrebbe ricevere un riconoscimento sotto forma di maggiori fondi. Ci si arriverà - conclude Coletto - perché la strada è imboccata ed è irreversibile. In pochissimi anni siamo già riusciti a smuovere almeno in parte certe incrostazioni pluridecennali e altro accadrà giorno dopo giorno".

"Il piano di riparto messo a punto su suggerimento di Bonaccini ci soddisfa" ha detto il presidente della Puglia  **Michele Emiliano**. "La Puglia ha fatto in questo anno passi da gigante - ha continuato - per la prima volta negli ultimi anni, con un equilibrio finanziario perfetto, la Puglia ha il bilancio sanitario in pareggio e anzi con qualche milione di euro di avanzo. Questo è un risultato strepitoso - ha sottolineato - e con questo Riparto possiamo affrontare il futuro nonostante la riconversione fatta nel primo anno di governo di ben dieci ospedali che è stata una cosa molto dura".

"Il riparto del Fsn, che assegna alla Regione Umbria oltre 1 miliardo 640 milioni di euro per il 2017 (+ 4 milioni 385 mila rispetto all'anno precedente), rappresenta un significativo consolidamento della capacità del sistema sanitario pubblico dell'Umbria di mantenere in perfetto equilibrio la gestione eco-

nomica, accanto alla sua capacità di garantire tutti i livelli essenziali di assistenza" hanno dichiarato la presidente della Regione Umbria, **Catiuscia Marini**, e l'assessore regionale alla coesione sociale **Luca Barberini**. "Molto significativo - hanno aggiunto - il gesto di solidarietà da parte di tutte le Regioni italiane che hanno voluto l'istituzione di un fondo di solidarietà per le regioni colpite dal sisma. Il fondo avrà una dotazione di 10 milioni di euro (la quota umbra sarà aggiuntiva agli oltre 1 miliardo e 640 mila del fondo riparto). Il nostro impegno è quello di continuare nel positivo lavoro di riorganizzazione del sistema sanitario, sia a livello territoriale che ospedaliero - concludono - per migliorarlo ulteriormente e migliorare soprattutto le risposte ai bisogni di salute dei cittadini umbri e di quanti scelgono di venire a curarsi nella nostra regione".

Per **Paolo di Laura Frattura**, Presidente della regione Molise è stato raggiunto "un risultato importante condiviso con le altre Regioni che da anni vengono penalizzate dai criteri standard utilizzati nella suddivisione del Fondo sanitario, a cominciare da quello relativo alla popolazione residente, assai restrittivo per realtà che come il Molise soffrono una progressiva flessione del numero di abitanti". "Abbiamo evitato il rischio - spiega il presidente -, di vederci riconosciuta un'assegnazione inferiore a quella dello scorso anno, circa 5,9 milioni, anche a fronte dell'incremento generale dello Fondo stesso. Le ragioni, che per primi come Molise abbiamo rappresentato, sostenuti poi dalle altre Regioni non valorizzate in sede di riparto, ci hanno consentito, nonostante la previsione di un quadro negativo, di colmare non solo il differenziale rispetto all'anno scorso, ma addirittura di portare a casa un ulteriore incremento di 1,7 mln di euro: è davvero un risultato importante. La Conferenza - prosegue - è giusto evidenziarlo, ha accolto anche l'istanza che abbiamo avanzato di prevedere, dal prossimo anno, l'utilizzo di nuovi e aggiuntivi criteri per il riparto delle risorse del Fondo sanitario, quali gli indici di anzianità, la minore densità demografica e altri indicatori epidemiologici specifici che concretamente rappresentano i nostri contesti socioeconomici. A questo - conclude -, aggiungiamo anche la conferma, manifestata da tutte le Regioni, del contributo di solidarietà pari a 18 milioni di euro per l'anno 2017".



ATTUALITÀ

## LE NOVITÀ DEL PIANO NAZIONALE VACCINI 2017-2019

Nessun ticket per le vaccinazioni previste dal nuovo Piano, che introduce le vaccinazioni anti-meningococco B, anti-rotavirus e anti-varicella nei nuovi nati, estende la vaccinazione anti-HPV ai maschi undicenni, introduce la vaccinazione antimeningococcica tetravalente ACWY135 e il richiamo anti-polio con IPV negli adolescenti. Inoltre sono indicate le vaccinazioni anti-pneumococco e anti-Zoster nei sessantacinquenni.

PUBBLICATA SULLA GAZZETTA Ufficiale del 18 febbraio scorso l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul "Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019". Dopo anni si rinnova così l'offerta vaccinale pubblica e le novità sono molte a partire dalla gratuità di tutte le vaccinazioni offerte dal Ssn che saranno anche esonerate dal ticket. Il nuovo Piano, oltre alle vecchie vaccinazioni (contro difterite, tetano, polio, epatite B, Hib, pertosse, pneumococco, morbillo, parotite, rosolia, meningococco C nei nuovi nati, HPV nelle ragazze undi-

cenni e influenza nei soggetti di età  $\geq 65$  anni) introduce le vaccinazioni anti-meningococco B, anti-rotavirus e anti-varicella nei nuovi nati, estende la vaccinazione anti-HPV ai maschi undicenni, introduce la vaccinazione antimeningococcica tetravalente ACWY135 e il richiamo anti-polio con IPV negli adolescenti; prevede le vaccinazioni anti-pneumococco e anti-Zoster nei sessantacinquenni. Tutti i vaccini contenuti nel nuovo Calendario vaccinale sono stati inseriti nel DPCM di definizione dei nuovi LEA, in attesa di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale.

## Gli obiettivi del Piano

1. mantenere lo stato polio-free;
2. raggiungere lo stato morbillo-free e rosolia-free;
3. garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni nelle fasce d'età e popolazioni a rischio indicate, anche attraverso forme di revisione e di miglioramento dell'efficienza dell'approvvigionamento e della logistica del sistema vaccinale aventi come obiettivo il raggiungimento e il mantenimento delle coperture descritte;
4. aumentare l'adesione consapevole alle vaccinazioni nella popolazione generale, anche attraverso la conduzione di campagne di vaccinazione per il consolidamento della copertura vaccinale;
5. contrastare le disuguaglianze, promuovendo interventi vaccinali nei gruppi di popolazione marginalizzati o particolarmente vulnerabili;
6. completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, interoperabili a livello regionale e nazionale, tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti);
7. migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione;
8. promuovere, nella popolazione generale e nei professionisti sanitari, una cultura delle vaccinazioni coerente con i principi guida del presente Piano, descritti come "10 punti per il futuro delle vaccinazioni in Italia";
9. sostenere, a tutti i livelli, il senso di responsabilità degli operatori sanitari, dipendenti e convenzionati con il Ssn, e la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva, che si realizzano attraverso i programmi vaccinali, prevedendo adeguati interventi sanzionatori qualora sia identificato un comportamento di inadempienza;
10. attivare un percorso di revisione e standardizzazione dei criteri per l'individuazione del nesso di causalità ai fini del riconoscimento dell'indennizzo, ai sensi della legge 210/1992, per i danneggiati da vaccinazione, coinvolgendo le altre istituzioni competenti (Ministero della Difesa);
11. favorire, attraverso una collaborazione tra le Istituzioni Nazionali e le Società Scientifiche, la ricerca e l'informazione scientifica indipendente sui vaccini.

### Sanzioni ai medici

Il Piano prevede che "saranno concertati percorsi di audit e revisioni tra pari, con la collaborazione degli ordini professionali e delle associazioni professionali e sindacali che possano portare anche all'adozione di sanzioni disciplinari o contrattuali qualora ne venga ravvisata l'opportunità".

TABELLA 1

### Obiettivo di copertura vaccinale

Fascia di età	Vaccinazioni	2017	2018	2019
I anno di vita	Meningo B	$\geq 60\%$	$> 75\%$	$\geq 95\%$
	Rotavirus	$\geq 60\%$	$\geq 75\%$	$\geq 95\%$
II anno di vita	Varicella (1° dose)	$\geq 60\%$	$\geq 75\%$	$\geq 95\%$
5-6 anni di età	Varicella (2° dose)	$\geq 60\%$	$\geq 75\%$	$\geq 95\%$
Adolescenti	HPV nei maschi 11enni	$\geq 60\%$	$\geq 75\%$	$\geq 95\%$
	IPV	$\geq 60\%$	$\geq 75\%$	$\geq 90\%$
	meningo tetravalente ACWY135	$\geq 60\%$	$\geq 75\%$	$\geq 95\%$
Anziani	Pneumococco (PCV13+PPV23)	40%	55%	75%
	Zoster	20%	35%	50%

## Obiettivi specifici di copertura vaccinale

- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali  $\geq 95\%$  per le vaccinazioni anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib nei nuovi nati, e per le vaccinazioni anti DTPa e Poliomielite a 5-6 anni.
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali  $\geq 90\%$  per la vaccinazione anti dTpa negli adolescenti (5° dose), (range 11-18 anni).
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali  $\geq 90\%$  per la vaccinazione anti Poliomielite in una coorte di adolescenti (5° dose) (range 11-18 anni), con la gradualità indicata nella soprastante tabella.
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali  $\geq 95\%$  per 1 dose di MPR entro i 2 anni di età.
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali  $\geq 95\%$  per la 2° dose di MPR nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti suscettibili (11-18 anni).
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali  $\geq 95\%$  per la vaccinazione antipneumococcica nei nuovi nati.
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali  $\geq 95\%$  per la vaccinazione antimeningococcica C entro i 2 anni di età.
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali  $\geq 95\%$  per la vaccinazione antimeningococcica B nei nuovi nati, con la gradualità indicata nella tabella.
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali  $\geq 95\%$  per la vaccinazione antimeningococcica tetravalente ACYW135 in una coorte di adolescenti (range 11-18 anni), con la gradualità indicata nella tabella.
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali  $\geq 95\%$  per la vaccinazione antivaricella entro i 2 anni di età, con la gradualità indicata nella tabella.
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali  $\geq 95\%$  per la 2° dose di vaccinazione antivaricella nei bambini di 5-6 anni di età, con la gradualità indicata nella tabella.
- Raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali  $\geq 95\%$  per la vaccinazioni anti rotavirus nei nuovi nati, con la gradualità indicata nella tabella.
- Raggiungimento, nelle ragazze nel dodicesimo anno di vita, di coperture vaccinali per ciclo completo di anti HPV  $\geq 95\%$ .
- Raggiungimento, nei ragazzi nel dodicesimo anno di vita, di coperture vaccinali per ciclo completo di anti HPV  $\geq 95\%$ , con la gradualità indicata nella tabella.
- Riduzione a meno del 5% della percentuale di donne in età fertile suscettibili alla rosolia.
- Raggiungimento di coperture per la vaccinazione antinfluenzale del 75%, come obiettivo minimo perseguibile, e del 95%,



**Viene introdotto gratuitamente il vaccino contro l'Herpes Zoster, causa del più noto Fuoco di sant'Antonio, in grado di ridurre del 65% i casi di nevralgia, una delle complicanze più frequenti e debilitanti della malattia**

come obiettivo ottimale, negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio inclusi tra i LEA.

- Raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione antipneumococcica del 75%, con la gradualità indicata nella tabella.
- Raggiungimento, nei sessantacinquenni, di coperture per la vaccinazione anti HZ del 50%, con la gradualità indicata nella tabella.

## I nuovi vaccini

Anti Pneumococco e Zoster per gli anziani, anti Meningococco b, Rotavirus e Varicella per i più piccoli, anti Papillomavirus anche agli adolescenti maschi. Sono alcuni dei nuovi vaccini che saranno offerti gratuitamente e sono contenuti nel nuovo Calendario vaccinale. Questi vaccini si andranno infatti ad aggiungere a quelli già disponibili gratuitamente. Per alcuni viene estesa la fascia di età o il tipo di popolazione interessata; altri vengono introdotti ex novo; per altri ancora la gratuità viene estesa da alcune regioni a tutto il territorio nazionale.

## Bambini

Nel primo anno di vita saranno introdotti i vaccini gratuiti contro il Meningococco b, batterio pericoloso che può provocare casi letali di meningite, e il rotavirus, che è causa di gastroenteriti molto forti che possono avere conseguenze gravi nei più piccoli. Per l'antimeningococco b (attualmente a pagamento in quasi tutte le regioni) la prima dose si effettua a partire dai tre mesi di vita, con richiami a seguire. Per il rotavirus, a partire

dalla sesta settimana di vita, insieme con tutti gli altri vaccini previsti per i primi mesi di vita. Nel secondo anno di vita invece si potrà fare quello contro la Varicella (oggi gratuito solo in 8 regioni), malattia che in rari casi può provocare complicanze e richiedere ricovero ospedaliero. Il vaccino si effettua dai 13-15 mesi di vita, anche insieme a quello per morbillo, rosolia e parotite, con richiami a seguire.

## Adolescenti

Il vaccino contro il Papillomavirus (Hpv), oggi gratuito per le adolescenti, sarà esteso anche ai ragazzi maschi, per riuscire a debellare la diffusione del virus che è la più frequente causa di tumore alla cervice dell'utero e alla bocca. Agli adolescenti verrà poi offerto il meningo tetravalente, ovvero che protegge contro il meningococco dei ceppi A, C, W, Y, alcuni dei quali diffusi soprattutto in continenti extraeuropei.

## Anziani

Viene introdotto gratuitamente il vaccino contro l'Herpes Zoster, causa del più noto Fuoco di sant'Antonio, in grado di ridurre del 65% i casi di nevralgia, una delle complicanze più frequenti e debilitanti della malattia. Sarà poi offerto, in tutte le regioni (superando la frammentazione territoriale oggi registrata) il vaccino contro lo pneumococco, che protegge sia contro la polmonite che contro la meningite, una complicanza in alcuni casi associata. Inoltre il Piano sottolinea un "rinnovato impegno" nel promuovere la vaccinazione antinfluenzale per persone con 65 anni o più.

TABELLA 2

## I costi del Piano

PREVENZIONE		
MAGGIORI ONERI		
quantificabili	€/min	non quantificabili
Piano Nazionale Vaccini PNPV 2012-14		123,6
Introduzione Vaccinazioni gratuite da PNPV 2016-18		303,3
<b>TOTALE</b>		<b>426,9</b>

MINORI ONERI/MAGGIORI ENTRATE		
quantificabili	€/min	non quantificabili
Effetto applicazione Intesa e Piano Vaccini 2012-14		89,6
Effetto applicazione Intesa e Piano Vaccini 2016-18		87,1
<b>RIDUZIONE COSTI DIRETTI E INDIRETTI</b>		<b>30,0</b>
<b>TOTALE</b>		<b>206,7</b>

SISTEMA REGOLATORIO REGIONALE		
quantificabili	€/min	non quantificabili
Gli oneri sono già sostenuti dalle regioni. In particolare sulla base di: INTESA CSR del 22.2.2012 per Pneumococco e Meningococco; PIANO VACCINI per Varicella; INTESA CSR 20.12.2007 per anti HPV; PNPV 2016-18		
<b>TOTALE IMPATTO NETTO</b>		<b>220,2</b>

La bozza di riforma degli Enti previdenziali privati ipotizza la soppressione dell'Onaosi trasferendone le funzioni in una gestione speciale Inps.

Ma la Fimmg, con tutti i sindacati medici, denuncia il provvedimento e sottolinea la volontà di rilancio dell'Ente

## GIÙ LE MANI DALL'ONAOSI!



La più antica istituzione di assistenza e previdenza del mondo sanitario è a rischio. A minacciarla è la bozza di riforma degli Enti previdenziali privati, che ipotizza la soppressione dell'Onaosi trasferendone le funzioni in una gestione speciale Inps "per il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione degli orfani di medici, chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti". Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sarebbero definite le modalità per la nomina di un Commissario liquidatore al fine della soppressione dell'Ente.

"Un rigurgito di vetero-statalismo che ci preoccupa anche in un momento di rilancio del nostro ente di previdenza" si legge nel comunicato diffuso dai sindacati dei medici convenzionati Fimmg, Fimp, Intesa Sindacale, Smi, Snam, Sumai. "Non solo si tratta di un vero e proprio esproprio mirato di una cassa previdenziale privata - sottolineano - ma sono evidenti gli aspetti di illegittimità sia per quanto riguarda l'area della dipendenza, ma ancor di più per quanto riguarda l'area dei liberi professionisti che ammonta a quasi 10mila contribuenti volontari di cui circa 8mila medici convenzionati. Il provvedimento non può che essere definito un rigurgito di vetero-statalismo e non ne comprendiamo le finalità e la coerenza in un momento dove tutte le azioni dei responsabili delle politiche del welfare sono orientate a incentivare, anche con deducibilità fiscale, migliaia di fondi integrativi previdenziali

e sanitari di innumerevoli soggetti privati, onlus e società di mutuo soccorso".

Schierati a difesa dell'Ente anche i sindacati dei medici dipendenti. "Si tratta di un vero e proprio esproprio - scrivono in una nota congiunta Anaa Assomed, Cimo, Aaroi-Emac, Fp Cgil Medici e Dirigenti Sanitari-Fvm, Fassid (Aipac-Aupi-Simet-Sinafo-Snr), Cisl Medici, Fesmed, Anpo-Ascoti-Fials Medici e Uil Fpl Medici - mirato di una cassa previdenziale privata, un provvedimento senza precedenti e di dubbia legittimità, dopo la recente sentenza della Corte Costituzionale, che getta un'ombra sull'autonomia di tutto il sistema di previdenza e assistenza gestito dalle categorie professionali e da soggetti privati".

Il CdA dell'Onaosi ha dichiarato "di non comprendere quale sia il motivo della soppressione della Fondazione e del conferimento delle sue funzioni all'INPS", sottolineando "di non avere offerto giustificazioni a tale iniziativa, avendo dimostrato trasparenza, rigore ed efficacia nella gestione del patrimonio affidatogli dai contribuenti. Solo un clamoroso errore di valutazione o peggio una miope volontà di impadronirsi di un capitale accumulato in più di 100 anni da medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, può aver spinto la Commissione Bicamerale a decretare la fine di un'esperienza virtuosa".

La richiesta unanime è che il provvedimento venga stralciato dalla bozza attualmente all'esame della Commissione bilaterale. Altrimenti la mobilitazione dei camici bianchi sarà compatta.

### Onaosi: 140 anni di solidarietà

Onaosi è stata fondata nel 1874 con lo scopo di assistere gli orfani dei medici scomparsi prematuramente. Con il passare del tempo l'offerta di assistenza si è diversificata, pur mantenendo al centro il tema di assistenza alle famiglie dei sanitari e soprattutto ai figli. Particolare attenzione è sempre stata rivolta alla formazione dei giovani, creando a questo scopo il Collegio di Perugia, cui si sono aggiunte in seguito residenze

universitarie a Bologna, Milano, Napoli, Messina, Padova, Pavia e Torino.

Oggi Onaosi è aperta a medici, odontoiatri, veterinari e farmacisti, che aderiscono su base volontaria. In tutto gli

iscritti sono 163.000 e circa 5mila gli assistiti, contando su oltre 200

dipendenti.

Lo scorso 22 gennaio il CdA Onaosi ha approvato le linee programmatiche che dovranno guidare l'attività dell'Ente fino al 2021: "Determinante sarà il costante adeguamento ai mutamenti della società e del mondo

del lavoro - inteso come strumento di realizzazione soggettiva e collettiva - dell'intervento educativo di Onaosi, non solo visto come sostegno materiale e logistico, ma anche come occasione di sviluppo culturale e crescita personale e professionale. A questo s'affiancherà la costante revisione dei regolamenti interni delle strutture al fine di renderli sempre più adeguati al conseguimento degli obiettivi educativi, di studio e della qualità della vita sociale degli ospiti. E la spinta motivazionale rivolta alle risorse umane impiegate dalla Fondazione, al fine di favorirne la formazione, la condivisione degli obiettivi e la qualificazione professionale".



INDAGINE  
CITTADINANZATTIVA-TDM

## SE IL MEDICO HA POCO TEMPO, A RISCHIO ADERENZA ALLE TERAPIE

Quasi un medico su tre ritiene di non aver tempo sufficiente da dedicare ai pazienti per assicurare l'aderenza alle terapie, solo la metà si accerta che il proprio assistito abbia compreso le indicazioni su terapie e percorso di cura e delle sue eventuali difficoltà economiche, più di uno su tre si dice oberato dal carico burocratico. Per un terzo invece non è prioritario informare su alternative terapeutiche o sull'esistenza di farmaci equivalenti o biosimilari.

Fra i prescrittori di farmaci biologici e biosimilari, chi decide di cambiare la terapia al paziente lo fa, in un terzo dei casi, in libertà e autonomia e per rispondere meglio alle esigenze di cura e di successo delle terapie per il paziente; ma quasi uno su cinque (19%) dichiara di aver cambiato la terapia per rispondere ad esigenze di carattere amministrativo, principalmente per contribuire alla sostenibilità economica del Ssn (39%), per rispettare limiti o obiettivi di budget fissati dalla Azienda ospedaliera o Asl (35%), ma solo l'8% dei professionisti è al corrente dell'esistenza di delibere della Regione o Asl che prevedono come saranno riutilizzati i risparmi derivati dalla prescrizione di farmaci a minor costo.

Sono questi alcuni dei principali dati che emergono dalla *Indagine civica sull'esperienza dei medici in tema di aderenza alle terapie, con focus su farmaci biologici e biosimilari*, realizzata da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato con il sostegno non condizionato di Assobiotec e alla quale hanno partecipato anche Fimmg e Fnomceo, oltre a molte altre realtà associative (Amici, Anmar, Associazione malati di reni, Avds Card Veneto, Diabete Italia, Fais, Fand, Fare, Fimp, Forum Nazionale Dializzati e Trapiantati, Sid, Sidemast, Sif, Sifo, Sin, Sir). Lo strumento di indagine è stato realizzato inoltre con il coinvolgimento dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

Due gli obiettivi dell'indagine: rilevare l'esperienza dei professionisti rispetto al tempo e alla relazione di cura con il paziente e approfondire gli ambiti relativi alla prescrizione e all'uso dei farmaci. Ciò al fine da un lato di comprendere l'impatto delle disposizioni vigenti ai livelli nazionale e regionale sull'esercizio della pratica clinica, soprattutto in relazione al codice deontologico e dall'altro di analizzare gli strumenti a disposizione e le eventuali criticità incontrate, così da favorire l'aderenza alle terapie e una migliore relazione medico-paziente.

“La tutela della salute delle persone, l'accesso alle cure più appropriate rispetto alle esigenze cliniche, alle condizioni socio-economiche e al progetto di vita del paziente non devono essere sacrificate per arrivare al pareggio di bilancio - ha dichiarato **Tonino Aceti**, Coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato e responsabile del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici, Cittadinanzattiva - lo dice anche la recente sentenza della Corte Costituzionale 275/2016 che afferma che è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione. E invece l'indagine mostra che purtroppo in alcune occasioni ciò non accade. È necessario armonizzare ogni atto amministrativo o normativo nazionale, regionale e aziendale con due aspetti irrinunciabili: il rispetto dei principi che sono alla base della professione medica, e quindi il codice deontologico, e quello dei diritti dei cittadini così come sancito dalla Carta Europea dei diritti del malato”.

Ma per Aceti si può ancora invertire la rotta “perché lo chiedono sia i medici che i pazienti e possiamo farlo subito. Ad esempio prevedendo nella messa a punto degli standard del personale, in via di definizione, la garanzia che il tempo dell'ascolto e della comunicazione siano veri e propri tempi per la cura della persona. E ancora investire di più nella formazione indipendente e di qualità da parte delle Istituzioni pubbliche. Inoltre, visto che siamo in attesa della pubblicazione del nuovo Position paper di Aifa sui farmaci biologici e biosimilari, ci aspettiamo che preveda adeguata informazione e condivisione delle scelte con il paziente e gli riconosca un ruolo attivo nel percorso di cura; assicuri trasparenza e accesso a dati ed evidenze cliniche; garantisca continuità terapeutica e attenzione alla qualità della vita”.

Segue



## INDAGINE CITTADINANZATTIVA-TDM

### L'esperienza dei pazienti...

**Tempo di cura.** Il fattore "tempo" dedicato al paziente influisce molto sull'aderenza alle terapie. Da un lato il 71% dei professionisti lo ritiene sufficiente/adequato, pochi si attengono a rigide disposizioni (7%), mentre più della metà lo modula in base alle esigenze e bisogni della persona (62%) e dedicando più tempo alle prime visite/cambi terapie (17%). Dall'altro, esiste un buon numero di medici (29%), quasi uno su tre, che invece lo ritiene insufficiente/inadeguato e riscontra difficoltà per carenze di personale e organizzative (29% e 17%).

### La comunicazione e l'informazione.

Poco più di 1 medico su 2 si accerta con domande che il paziente abbia compreso tutto (55%), lascia suggerimenti scritti oltre alla prescrizione (54%), consente che un familiare partecipi alla visita (57%). Poco utilizzati inoltre espedienti semplici, come l'uso di supporti informativi cartacei ("mai" 16% e "quasi mai" nel 20%), ancor meno quelli informativi (*app*, *tutorial*, video).

Circa un medico su due lascia il numero mobile personale (48%) o di servizio (37%), privilegiando ancora i "formali" canali di comunicazione, quali numero dell'ambulatorio (85%) o dello studio (59%). Lo strumento delle email è molto utilizzato (78%), *whatsapp* nel 35%.

Il paziente o caregiver è informato su aspetti importanti della terapia che viene prescritta, ovvero su modalità e tempi di somministrazione (86%), nome e tipologia del farmaco (77%), eventuali effetti collaterali/reazioni avverse (68%), profilo di sicurezza, efficacia e qualità del farmaco (67%), interazioni con altri farmaci/integratori (62%). Meno prioritarie le informazioni su corretto stile di vita e regime alimentare (54%), su alternative terapeutiche o esistenza di farmaci equivalenti o biosimilari (rispettivamente 36% e 29% dei casi).

L'80% dei medici intervistati ritiene "molto importante" sapere se il paziente sta già assumendo farmaci (in che nu-

### Il campione

L'indagine è stata condotta su un campione rappresentativo di 816 medici di cui 404 abilitati alla prescrizione di farmaci biologici e/o biosimilari, in modo da poter realizzare una rilevazione sul tema dell'uso di tali terapie.



mero e che tipologia), se presenta eventuali deficit cognitivi o demenze (66%), se il paziente ha difficoltà a seguire le terapie perché troppo complesse (60%). Tuttavia meno rilevanti risultano le informazioni su preferenze del paziente su modalità di somministrazione (50%), inoltre solo di 1 medico su 2 presta attenzione alle difficoltà economiche del cittadino (49%). Abitudini e stili di vita (44%), attività lavorativa (39%), frequenza di spostamenti o viaggi (23%) sono aspetti ancora troppo poco considerati, che invece se tenuti in buon conto aiuterebbero a orientare la scelta prescrittiva verso la terapia che consentirebbe di mantenere al paziente, laddove possibile, una soddisfacente qualità di vita, coerente con il proprio progetto di vita.

### Come si sceglie o si cambia una terapia.

Il coinvolgimento del paziente nella scelta terapeutica è considerata una buona prassi per "favorire l'aderenza alle terapie e migliorare gli esiti" (72%) e per "consolidare la relazione di fiducia" (66%). Tuttavia il medico lo considera un buon esercizio, ma è lui che decide la terapia (il 70% è "molto" e "abbastanza d'accordo"). La gran parte sostituisce la terapia per **fattori clinici**: l'81% dei medici "sempre" e "di frequente" per rispondere meglio al bisogno della persona per modalità e tempi di somministrazione, il 72%

per poca tollerabilità alla terapia (ad es. reazioni avverse o effetti collaterali) e il 62% per inefficacia della stessa. Il 43% dei medici dichiara anche una preferenza a prescrivere il farmaco a minor costo a parità di efficacia, qualità e sicurezza.

Esistono anche fattori di carattere amministrativo ed organizzativo. Incidono le disposizioni di normative nazionali "sempre" e "di frequente" nel 21% dei casi, le delibere e linee di indirizzo a livello regionale nel 19% e le indicazioni provenienti dalla Direzione Generale nel 12%. Ma anche l'indisponibilità del farmaco, in ospedale non aggiudicatario di gara d'acquisto e sul territorio, costituisce un fattore determinante sulla scelta di sostituire una terapia, "sempre" e di "frequente" rispettivamente nell'11% e nel 14% dei casi, "talvolta" rispettivamente nel 33% e 54% dei casi.

**Proposte per migliorare l'aderenza alle terapie.** Tra le priorità, è stato indicato il *counseling* e il coinvolgimento dei fa-



miliari, il supporto dell'*equipe* di cura (49%), poi la formazione e l'aggiornamento professionale sanitario a partire dall'Università (circa 42%), un maggiore utilizzo di supporti informativi per pazienti e familiari attraverso opuscoli o tutorial (35%). Un'altra criticità è il carico burocratico: il 34% dei medici vorrebbe una riduzione del carico burocratico, a cui va sommato anche l'ulteriore 17%, relativo a carico burocratico correlato alla numerosità dei pazienti. Si avverte anche l'esigenza di semplificare i dosaggi e le modalità di somministrazione della terapia guardando alle esigenze e pre-

ferenze dei pazienti (32%), agevolare l'accesso al trattamento a domicilio (24%), rafforzare il sistema di monitoraggio/supporto al paziente telefonico o computerizzato (19%) Anche l'accesso da parte dei medici ai dati di farmacovigilanza è avvertito come un aspetto da migliorare (11%) così come la maggiore collaborazione tra professionisti e associazioni di cittadini (10%).

**Se i farmaci producono effetti indesiderati o non risultano efficaci.** Il 35% dei medici ha segnalato effetti indesiderati o inefficacia di un farmaco, negli ultimi due anni. Chi non lo ha fatto è stato per irrilevanza clinica (37%); più di un medico su tre (32%) perché ha incontrato difficoltà ad attribuire l'effetto indesiderato ad un farmaco in presenza di politerapie e il 15% per eccessiva complessità della segnalazione. Per questo i medici suggeriscono, in egual misura (54%), di migliorare formazione e aggiornamento professionale e semplificare del processo di segnalazione. Il 48% ritiene sia da migliorare la ricezione di report e feedback aggiornati su reazioni avverse e inefficacia da farmaci rilevati dal Sistema di Farmacovigilanza.

## ... e quella dei professionisti

I professionisti abilitati alla prescrizione di farmaci biologici/biosimilari che hanno risposto sono 404. Circa la metà dei rispondenti dichiara di lavorare in un Centro prescrittore e di essere abilitato a prescrivere farmaci biologici e/o biosimilari (50%).

Di fronte a un paziente che deve assumere per la prima volta una terapia con biologico o biosimilare, quando disponibile sul mercato, il 28% dei professionisti dichiara di prescrivere il farmaco biosimilare nel rispetto di indicazioni regionali; il 24% opta per il biosimilare; il 20% prescrive il medicinale, indifferentemente biologico o biosimilare, che si è aggiudicato la gara d'acquisto o a minor costo. Mentre, il 27% orienta la scelta sul farmaco biologico originatore, dato questo non trascurabile.

Rispetto a cambi/sostituzioni tra farmaci biologici e biosimilari, negli ultimi due anni (2015-2016), in particolare, i medici dichiarano di non aver modificato la terapia in atto a un paziente per ragioni diverse dalle esigenze e necessità cliniche, cambiando il farmaco biologico con

### Scelta di cambiare/sostituire una terapia già in corso:

31%

in libertà e autonomia

29%

per rispondere meglio alle esigenze di cura

19%

esigenze di carattere amministrativo

altro farmaco biologico o biosimilare, quando il paziente risponde bene alla cura già impostata (37%), il 31% dei medici dichiara semplicemente di non aver effettuato cambi/sostituzione, nel periodo di riferimento. Il 23% ha riferito di cambiare/sostituire, prevalentemente da medicinale biologico originatore a farmaco biosimilare.

**Libertà di scelta?** I medici prescrittori hanno dichiarato di avere operato la scelta di cambiare/sostituire una terapia già in corso, in libertà e autonomia (31%) e per rispondere meglio alle esigenze di cura e di successo delle terapie per il paziente (29%). Esiste però anche un 19% (quasi un medico su cinque) che dichiara di aver cambiato/sostituito la terapia in essere per rispondere a indicazioni ed esigenze di carattere amministrativo (19%). Il 39% dei medici ha dichiarato di cambiare/sostituire la terapia per ragioni diverse da quelle cliniche, per contribuire alla sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale (39%) e per rispettare limiti e obiettivi di *budget* fissati dall'Azienda ospedaliera o dalla ASL (35%). Il 29% dei medici dichiara di cambiare per indisponibilità del farmaco nella struttura. Esiste anche un 28% di professionisti che riferisce di non riscontrare limitazioni e di cambiare una terapia in essere, sostituendo un farmaco biologico con un biosimilare, perché altrettanto efficace e sicuro e quindi intercambiabile.

**Esperienze "tipo".** Rispetto a eventuali limitazioni e indicazioni amministrative, i medici prescrittori hanno dichiarato principalmente di essere richiamati a rispettare i *budget* (38%) e obbligati a prescrivere il farmaco aggiudicatario nella gara d'acquisto (28%). Emerge anche un 9% di medici a cui è stato detto che avrebbero pagato di tasca propria la differenza di prezzo (rispetto alla terapia economicamente più vantaggiosa).

**Per cambiare/sostituire la terapia in serenità,** i medici intervistati ritengono "molto importante" avere informazioni solide dal punto di vista scientifico (68%), disponibilità di dati, studi e ricerche cliniche sugli effetti dello *switch* tra due o più biologici/biosimilari tra loro (62%) e disporre di atti normativi chiari e consenso unanime dalla comunità scientifica sulla intercambiabilità (57%). Quasi la metà dei medici intervistati (49%) vorrebbe poter scegliere solo in base alle condizioni del paziente, valutando caso per caso.

**Continuità terapeutica.** Uno degli aspetti più dibattuti, in tema di uso e prescrizione di farmaci biologici e biosimilari è legato alla cosiddetta continuità terapeutica, che investe da un lato il diritto del paziente a proseguire la terapia già impostata con la quale ha eventualmente trovato un equilibrio, dall'altro la libertà di scelta del medico di non modificare/cambiare/sostituire la terapia in atto se valutata che "funziona" e il paziente risponde bene alla cura.

Il 69% dei medici dichiara, negli ultimi due anni, di averla garantita "sempre" o "di frequente", a fronte di un 14% che riferisce di non averla garantita "mai" o "quasi mai". Ma esiste anche una percentuale non trascurabile di casi in cui qualche volta la continuità terapeutica non è stata assicurata (17%).

**Le delibere per finalizzazione dei risparmi da uso di farmaci a minor costo.** Il 75% dichiara di conoscere le delibere regionali su uso e prescrizione dei farmaci biologici/biosimilari.

Solo l'8% dei medici intervistati sa che esistono, nella Regione o nell'Azienda in cui svolge l'attività professionale, delibere che prevedono o definiscono come vengono riallocate le risorse economiche derivanti da risparmi per prescrizione di farmaci a minor costo. Il 27% riferisce che non ce ne sono, a fronte di un 65% di professionisti che non sa neanche se esistano disposizioni in tal senso.

Rispetto, in particolare, ai medicinali biosimilari, il 68% degli intervistati dichiara di essere stato informato delle opportunità di risparmio derivanti dalla prescrizione di tali farmaci. Mentre, il 25% dei professionisti dichiara di non essere stato informato delle opportunità di risparmio.

Tra chi ha riferito di conoscere le delibere, il 24% dei medici dichiara che i risparmi, derivanti da uso e prescrizione di farmaci a minor costo, sono stati utilizzati/allocati per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi (ad esempio, per l'ambiente e macchinari) e per l'acquisto di farmaci innovativi ad alto costo per tutte le aree terapeutiche; nel 15% dei casi per l'acquisto di farmaci ad alto costo nella stessa area terapeutica. Il 15% ritiene che siano state riallocate risorse per incentivi economici per i dirigenti sanitari, il 9% per incentivi stipendi dei professionisti che lavorano nell'area o reparto che ha prodotto i risparmi.

# NON TRASCURIAMO I DISTURBI DEL SONNO

Il sonno, secondo gli antichi greci era un putto che correva sulla terra per donare riposo al corpo ed alla mente. Difatti è una delle più importanti funzioni dell'organismo, che permette al cervello di recuperare e riorganizzare quanto è stato speso ed accumulato durante il giorno e di riposare l'intera muscolatura del corpo, occupando, normalmente, circa un terzo del nostro tempo

**Giuseppe Nicodemo  
Bombardiere**

## Gli stadi del sonno

Nel sonno si distinguono 5 stadi: uno stadio REM e quattro stadi non-REM, che si alternano regolarmente con un periodismo intorno a 90 minuti, interrotti da centinaia di microrisvegli, della durata di pochi secondi, senza consapevolezza da parte del soggetto che dorme. Nel sonno NREM i primi due stadi costituiscono il sonno leggero, mentre il 3° ed il 4° compongono il sonno profondo. Questi ultimi due prevalgono nella prima metà del sonno, invece il sonno REM ed il 2° stadio NREM prevalgono quando ci si avvicina al risveglio mattutino; il sonno leggero rappresenta la metà dell'intero sonno, l'altra metà è equamente distribuita tra il sonno REM ed il sonno profondo.



**Morfeo e Iris**  
Pierre-Narcisse  
Guérin. Museo  
dell'Ermitage,  
San Pietroburgo

## Disturbi del sonno REM

Sappiamo che durante il sonno REM, definito anche "sonno paradossale" in quanto in un organismo profondamente addormentato, l'attività della corteccia cerebrale è molto vicina a quella della veglia, i muscoli scheletrici si bloccano, fatta eccezione per quelli oculari, per il cuore e per quelli coinvolti nella respirazione. Tale paralisi, che ci protegge dai pericoli di movimenti incontrollati, secondo alcuni ricercatori, è determinata da un segnale, mediato dai neurotrasmettitori acido gamma amino-butirrico e glicina, che spegne alcune specifiche cellule cerebrali. Il ruolo di queste sostanze assume particolare importanza, dato che circa l'80 per cento degli individui che soffre di disturbi del sonno

REM sviluppa una malattia degenerativa, come il Parkinson.

In alcuni casi, la paralisi muscolare si manifesta nella fase di addormentamento o di risveglio con paziente cosciente, accompagnandosi spesso ad allucinazioni; si parla di paralisi nel sonno o paralisi ipnagogica, dura in genere al massimo 2 minuti ed incute in chi lo vive sensazioni a volte molto sgradevoli. I soggetti in cui più facilmente si verifica sono quelli che soffrono del disturbo da attacchi di panico, 35%, la popolazione dei pazienti psichiatrici in generale, 32% e gli studenti, 28%. Le allucinazioni possono essere di tre tipi: la presenza di un intruso, una pressione sul petto, a volte accompagnata da esperienze di aggressioni fisiche e/o sessuale, ed esperienze

## Cosa interagisce negativamente con il sonno

- Dormire durante il giorno o coricarsi troppo presto.
- Uso smodato di caffeina e tabacco
- Alcolismo o sindrome da brusca sospensione alcolica
- Cambiamenti repentini dello stile di vita
- Terapia farmacologica concomitante con SSRI o IMAO
- Sindrome da sospensione di ipnotici o ansiolitici
- Diete dimagranti o repentino aumento di peso
- Depressione, ansia, noia, disoccupazione
- Dolore fisico, età avanzata, demenza
- Ipotiroidismo o ipertiroidismo
- Letto scomodo, eventi stressanti
- Paura di non dormire.

di levitazione e di uscita dal proprio corpo. Per quanto riguarda la qualità soggettiva del sonno, contrariamente a quanto generalmente pensato, sembra migliorare nel corso della vita. Così dice uno studio che ha rilevato, inoltre, che i problemi di salute e una condizione di depressione sono associati ad un sonno di scarsa qualità e che le donne hanno riferito la presenza di disturbi del sonno e di stanchezza diurna più degli uomini.

### I ritmi circadiani

È ben noto che la maggior parte degli animali terrestri, uomo compreso, regola il proprio comportamento sulla base dei ritmi circadiani, ovvero dell'alternanza di ore di luce e ore di buio durante il giorno, che sono a loro volta regolati da alcuni neurotrasmettitori cerebrali (ad es. serotonina e nor-adrenalina) e alcuni ormoni periferici (ad es. cortisolo) e che i neuroni che costituiscono l'orologio circadiano possono richiedere diversi giorni per adattarsi a una nuova fase oraria, tuttavia come ciò avvenga non è del tutto chiaro. Peraltro, il processo di adattamento dei neuroni che costituiscono l'orologio circadiano centrale non è graduale e sincrono ma al contrario le differenti componenti dell'orologio tendono ad adattarsi a una nuova fase oraria a due velocità differenti. Probabilmente ciò è dovuto agli effetti del neurotrasmettitore GABA, che i ricercatori hanno scoperto eccitare le cellule del SCN dorsale ed inibire quelli del SCN ventrale. Sembra che un ruolo importante nella regolazione dei ritmi circadiani venga rivestito anche dalla diminuita attività dell'atassina-2, un gene già noto per il suo ruolo, nelle forme mutate, nell'insorgenza di malattie neurodegenerative come la sclerosi laterale amiotrofica.

### Il rapporto tra sonno e malattie neurologiche degenerative

Per quanto riguarda i rapporti tra i disturbi del sonno e le malattie neurologiche degenerative, uno studio ha dimostrato che con la deprivazione cronica di sonno le placche tipiche della malattia di Alzheimer appaiono più precocemente e più spesso, registrandosi un incremento della proteina beta amiloide del 25%, ribaltando, in un certo senso, la convinzione che Alzheimer e Parkinson influiscano direttamente sul sonno, corroborando invece l'ipotesi che la perdita di sonno possa rivestire un ruolo importante nella genesi di tali patologie. Lo stesso studio ha anche riscontrato come

l'orexina, una proteina che partecipa ai meccanismi di regolazione del ciclo sonno/veglia, appaia direttamente coinvolta nell'incremento delle placche. Peraltro, secondo alcuni psicologi, nei bambini anche solo un'ora di sonno può fare la differenza; infatti, bambini che avevano dormito un'ora in più del normale ottenevano risultati migliori di quelli che avevano dormito un'ora in meno, in diversi test sulle funzioni neurocomportamentali.

Inoltre, sembra che la soppressione del sonno profondo, caratterizzato da una netta prevalenza di onde lente all'EEG, interferisce anche con la capacità dell'organismo di regolare i livelli di glucosio nel sangue e aumenta il rischio di sviluppare un diabete di tipo 2; già dopo tre soli giorni di soppressione i soggetti diventano meno sensibili all'azione dell'insulina, senza, peraltro, che a ciò corrisponda una maggiore secrezione dell'ormone da parte del pancreas. La diminuzione della sensibilità all'insulina, pari a circa il 25%, è comparabile a quella che si ha in seguito ad un aumento ponderale fra i 10 e i 15 chilogrammi.

### Quanto bisogna dormire?

Per quanto riguarda la quantità di sonno necessaria per mantenersi in buona salute, negli ultimi decenni si sono accumulate evidenze a favore del fatto che un sonno, sia troppo breve che troppo lungo, si possa associare ad eventi avversi, quali un aumento di mortalità da tutte le cause, malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, ipertensione arteriosa, alterazioni respiratorie, obesità e, in generale, percezione soggettiva di uno scarso stato di salute.

Le persone che dormono tra sei e sette ore per notte hanno maggiori probabilità di vivere più a lungo dei dormiglioni, che registrano i più alti tassi di mortalità, o di chi dorme meno di quattro ore per notte, senza, tuttavia riuscire a spiegare le ragioni di questa relazione.

I risultati di una recente metanalisi hanno evidenziato come una ridotta durata del sonno, definita nei diversi studi come una durata del sonno inferiore a una soglia variabile da 4 a 7 ore, si associa ad

un rischio di morte aumentato del 12%. Analogamente, un'eccessiva durata del sonno, superiore a 9 ore, si associa ad un aumento di mortalità del 22%, sia pure con una significativa eterogeneità tra studi diversi.

### L'insonnia

Di tutti questi disturbi, quello che ci interessa più da vicino, per la sua rilevanza, è sicuramente l'insonnia, definita come la *percezione individuale di sonno insufficiente o poco ristoratore*, caratterizzata da *difficoltà di addormentamento e/o difficoltà di mantenimento e/o risveglio troppo precoce*.

L'insonnia rappresenta il disturbo del sonno più frequente nella popolazione; ne soffre circa il 33% degli adulti americani. In Europa la prevalenza è del 4-22%; si tratta soprattutto di over 55, ma non mancano picchi preoccupanti anche tra i giovani, da 24 a 34 anni; le donne sono più a rischio, con picchi in corrispondenza della menopausa e dopo i 65 anni. In Italia la prevalenza è del 20%, ed il 44% di loro presenta anche disturbi diurni. Il 37% degli italiani insonni attribuisce il disagio notturno allo stress, il 38% all'ansia, il 22% alla depressione. L'insonnia più diffusa, in crescita in Italia, è quella saltuaria: che va e viene e che interessa un italiano su tre. Ricordiamo, poi, che da aprile a settembre agli insonni abituali si aggiungono schiere di "vegiatori" stagionali, tormentati dal caldo e dal rumore.

L'insonnia può essere conseguenza di fattori diversi, psicologici, somatici, situazionali-ambientali e, a volte, anche della co-presenza di più fattori eziologici. Proprio in relazione alla presenza o assenza di un tale fattore, le insonnie possono essere suddivise in primarie e secondarie ed ancora, a seconda della du-

### Classificazione dei disturbi del sonno

La più recente risale al 2005, a cura della ASDA (American Sleep Disorders Association), che la pubblica con l'acronimo di ICSD-2 (Internacional Classification of Sleep Disorders) e prevede sette grandi gruppi: **insonnia, alterazioni respiratorie, ipersonnia, alterazioni del ritmo circadiano, movimenti anormali, sintomi isolati, varianti normali e parasonnie**





rata in transitorie o acute e croniche. L'insonnia è correlata con elevati costi per la società, sia diretti che indiretti, avendo notevoli ricadute sulla maggior parte delle patologie, specie cardiovascolari, cerebrovascolari e metaboliche. Pertanto, curare l'insonnia può contribuire al miglioramento dei livelli di salute e della qualità della vita, oltre che a ridurre la spesa sanitaria.

#### Come agire con il paziente insonne

L'approccio al paziente insonne deve prevedere una accurata analisi che consenta di inquadrare in modo adeguato il suo malessere e pianificare insieme a lui una corretta strategia di intervento. Tale strategia deve considerare almeno tre tappe:

- esplorare e se possibile eliminare le situazioni cliniche interagenti (v. box 1);
- norme comportamentali (v. box 2);
- terapia farmacologica.

Per quanto riguarda il terzo punto, la terapia, che si basa fondamentalmente su due classi di farmaci, benzodiazepinici e non benzodiazepinici, dovrà essere mirata e inserita in un più generale contesto di igiene del sonno, impostata in modo personalizzato, con un monitoraggio clinico periodico. Inoltre, sarà opportuno dare sempre la dose minima efficace, effettuare una somministrazione intermittente, possibilmente non oltre 4 settimane, fare una sospensione graduale e cercare di ridurre al minimo gli effetti collaterali diurni.

#### Box 2

### I consigli per un sonno sano

- Coricarsi e svegliarsi sempre alla stessa ora
- Spegner la luce appena coricati
- Darsi tempo limite per addormentarsi (20')
- Regolare esercizio fisico (non nelle 3-4 h ore prima di coricarsi)
- Ridurre nicotina, caffeina ed alcool
- Utilizzare camera da letto solo per dormire
- Evitare riposo pomeridiano (max 20-30')
- Esporsi regolarmente alla luce solare.



#### Bibliografia:

- C Cricelli, A Filippi, GL Gigli, C Lombardi, G Parati, L Parrino, F Provini, MG Terzano - Rivista della Società Italiana di Medicina Generale - Fascicolo 2/2011.
- Identification of the Transmitter and Receptor Mechanisms Responsible for REM Sleep Paralysis Patricia L. Brooks and John H. Peever. Journal of Neuroscience 18 July 2012, 32 (29) 9785-9795; DOI: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0482-12.2012>
- Lifetime prevalence rates of sleep paralysis: A systematic review Review Article *Sleep Medicine Reviews, Volume 15, Issue 5, October 2011, Pages 311-315.* Brian A. Sharpless, Jacques P. Barber.
- Age and Sleep Disturbances Among American Men And Women: Data From the U.S. Behavioral Risk Factor Surveillance System
- Michael A. Grandner, PhD, Jennifer L. Martin, PhD, CBSM, Nirav P. Patel, MD, MPH, Nicholas J. Jackson, MPH, Philip R. Gehrman, PhD, CBSM ...
- [Henk Albus, Mariska J. Vansteensel, Stephan Michel, Gene D. Block, Johanna H. Meijer, "A GABAergic Mechanism Is Necessary for Coupling Dissociable Ventral and Dorsal Regional Oscillators within the Circadian Clock." *Current Biology, Vol. 15, 886-893 (24 maggio 2005)*].
- ATAXIN-2 Activates PERIOD Translation to Sustain Circadian Rhythms in *Drosophila*
- Chunghun Lim, Ravi Allada. *Science* 17 May 2013: Vol. 340, Issue 6134, pp. 875-879 DOI: [10.1126/science.123478](https://doi.org/10.1126/science.123478)
- A Role for *Drosophila* ATX2 in Activation of PER Translation and Circadian Behavior
- Yong Zhang, Jinli Ling, Chunyan Yuan, Raphaëlle Dubruille, Patrick Emery. *Science* 17 May 2013: Vol. 340, Issue 6134, pp. 879-882 - DOI: [10.1126/science.1234746](https://doi.org/10.1126/science.1234746)
- Potential role of orexin and sleep modulation in the pathogenesis of Alzheimer's disease, Jee Hoon Roh, et al., *J Exp Med*, published online 24 November 2014, doi:10.1084/jem.20141788
- Amyloid- Dynamics Are Regulated by Orexin and the Sleep-Wake Cycle
- Jae-Eun Kang, Miranda M. Lim, Randall J. Bateman, James J. Lee, Liam P. Smyth, John R. Cirrito, Nobuhiro Fujiki. *Science* 13 Nov 2009: Vol. 326, Issue 5955, pp. 1005-1007 - DOI: [10.1126/science.1180962](https://doi.org/10.1126/science.1180962)
- Sadeh A. Sleep and melatonin in infants: a preliminary study. *Sleep* 1997;20:185-91.
- Slow-wave sleep and the risk of type 2 diabetes in humans
- Esra Tasali, Rachel Leproult, David A. Ehrmann, and Eve Van Cauter Edited by Donald F. Steiner, University of Chicago, Chicago, IL, and approved November 9, 2007 (received for review July 10, 2007). *PNAS* January 22, 2008, vol. 105 no. 3
- Cappuccio FP et al. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep* 2010;33:585-592.
- The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual, 2nd Edition.
- Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey I. *Sleep* 1999;22(Suppl 2):S347-53.
- Hajak G, on behalf of the Sine Study Group. Epidemiology of severe insomnia and its consequences in Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251:49-56.
- Chevalier H, Los F, Boichut D, Bianchi M, Nutt DJ, Hajak G, et al. Evaluation of severe insomnia in the general population: results of a European multinational survey. *J Psychopharmacol* 1999;13(4 Suppl 1):S21-4
- Terzano MG, Parrino L, Cirignotta F, Ferini-Strambi L, Gigli G, Rudelli G, et al, on behalf of the Studio Morfeo Committee. Studio Morfeo: insomnia in primary care, a survey conducted on the Italian population. *Sleep Med* 2004;5:67-75.
- Terzano MG, Cirignotta F, Sommacal S, et al. Studio Morfeo 2. Sleep dissatisfaction and insomnia in a primary care setting. 18th Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies (APSS). Philadelphia, 5-10 June 2004. *Sleep* 2004;27(Suppl):574A (abstract).

# OMS: PARLIAMO DI DEPRESSIONE

L'Organizzazione mondiale della sanità lancia una campagna su questa patologia, alla quale il prossimo 7 aprile sarà dedicata la giornata mondiale della Salute.

C'È CHI LA CHIAMA MAL DI VIVERE e chi male dell'anima. Ma di certo non ha sbagliato chi, già qualche tempo fa, l'ha definita male del secolo: in un solo decennio la sua incidenza è aumentata del 18,4%. È la depressione, una patologia che, nel mondo, colpisce quasi 5 persone su 100 (4,4%). Tradotto in numeri, sono 322 milioni gli individui che fanno i conti con questa malattia. E, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, è un male che non conosce confini. Colpisce ovunque, anche se in prevalenza nelle fasce di popolazione a reddito basso o medio basso.

Quasi la metà di questi vivono nell'Asia Sud-Orientale e in Occidente. I dati diffusi dall'Oms si riferiscono ad un'analisi effettuata nel 2015. Lo studio ha esaminato anche come l'incidenza della depressione cambi a seconda del genere: le donne sono più depresse degli uomini, 5,1% contro 3,6%.

Questi tassi variano anche a seconda dell'età, con un picco tra gli anziani e gli adulti: tra le donne con un'età compresa tra 55 e i 74 anni le cifre superano il 7,5%, per gli uomini si arriva al di sopra del 5,5%. La depressione può colpire anche i bambini e gli adolescenti di età inferiore ai 15 anni, ma con un'incidenza più bassa rispetto agli adulti.

Cifre preoccupanti che hanno spinto l'Oms ad affrontare la questione attraverso una nuova campagna di sensibilizzazione: *Parliamo di depressione*. Il titolo scelto per l'iniziativa punta dritto all'obiettivo dello stesso evento: spingere chi soffre di depressione a parlarne, perché il dialogo è il primo passo verso la guarigione.

Nel mondo

# 322

milioni di  
persone  
soffrono di  
depressione

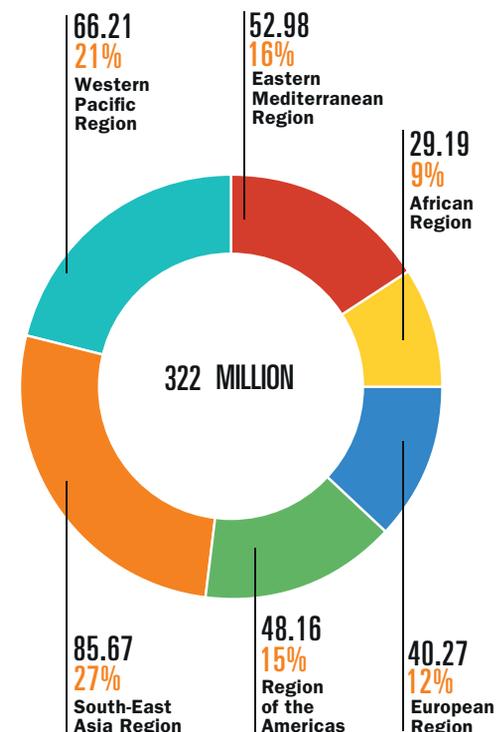
La depressione è una malattia e come tale va curata, prima che non lasci scampo. È considerata tra le principali patologie che causano disabilità e non solo. Secondo le ultime ricerche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2015, 788 mila persone si sono suicidate. A questa cifra, già di per sé allarmante, vanno aggiunti i casi di tutti coloro che hanno tentato il suicidio, ma sono rimasti in vita. Il suicidio è la seconda causa di morte tra i giovani tra i 15 e i 29 anni. Le statistiche cambiano a seconda della nazione, del sesso o anche della classe sociale di appartenenza. Lì dove il reddito è più basso, o al massimo medio, si concentrano circa il 78% del totale dei casi registrati. Più in generale il suicidio si piazza tra le prime 20 cause di morte nel mondo.

A livello globale, si stima che il 3,6% della popolazione soffra di disturbi d'ansia. Come la depressione anche questi sono più diffusi tra le donne rispetto ai maschi, 4,6% contro 2,6%. Non si sono, invece, riscontrate grosse variazioni nelle diverse fasce di età, anche se tra gli anziani l'incidenza appare più bassa. Più in generale, nel mondo, soffrono di disturbi d'ansia 264 milioni di persone, con un aumento, in 10 anni, dal 2005 al 2015, del 14,9%.

Per fermare la crescita di questa patologia e affinché tutti i suoi sintomi non vengano più trascurati. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha deciso che, per quest'anno, anche i riflettori della giornata mondiale della Salute, prevista per il 7 aprile, saranno puntati sulla depressione.



## La depressione nel mondo



## Mangiare meno può rallentare il processo d'invecchiamento

Gli scienziati hanno scoperto che mangiare meno può rallentare il processo d'invecchiamento cellulare, come afferma un recente studio pubblicato su *Molecular & Cellular Proteomics*. I ricercatori della Brigham Young University (BYU) di Provo nello Utah hanno scoperto che quando i ribosomi rallentano il loro lavoro, rallenta anche il processo di invecchiamento. La diminuita velocità diminuisce la produzione proteica ma permette ai ribosomi un extra time per ripararsi. "Il ribosoma è una macchina molto complessa, un po' come un'automobile e ha bisogno periodicamente di manutenzione per sostituire le parti che si consumano più velocemente", dice John Price, professore di biochimica della BYU. Che cosa provoca il rallentamento della produzione di ribosomi? Almeno per i topi è il ridotto il consumo di calorie. Nel lavoro della BYU, sono stati osservati due gruppi di topi. Un gruppo ha avuto un accesso illimitato al cibo, mentre l'altro consumava il 35% in meno di calorie, anche se con tutti i nutrienti necessari per la sopravvivenza nella dieta. "Secondo i risultati del nostro studio - dice Price - la restrizione di calorie ha causato veri e propri mutamenti biochimici che hanno rallentato il tasso d'invecchiamento cellulare". Il team di Price è il primo a riconoscere il ruolo del ribosoma nel facilitare la produzione di proteine "giovani" che porta ai cambiamenti biochimici. "I topi con dieta ipocalorica dimostravano più energia e soffrivano di un minor numero di ma-



lattie e non solo perché la loro vita era lunga, ma perché mantenevano meglio i loro corpi". I ribosomi, "come le automobili", sono costosi e importanti: utilizzano, infatti, il 10-20% del totale di energia della cellula per costruire tutte le proteine necessarie per la cellula stessa; la riparazione di singole parti del ribosoma permette di continuare a produrre proteine di alta qualità. Questa produzione di proteine di alta qualità, a sua volta, mantiene il benessere cellulare e dell'intero organismo. Non-

**Le ricerche sugli esseri umani necessitano ancora di molto tempo per affermare che mangiare meno significa rallentare l'invecchiamento**

stante la connessione osservata in questo studio tra il minor consumo di calorie e una migliore durata della vita, Price afferma però che la gente non dovrebbe iniziare a contare le calorie in modo compulsivo e aspettarsi di rimanere per sempre giovane mangiando meno: le ricerche sugli esseri umani necessitano ancora di molto tempo per affermare che mangiare meno significa rallentare l'invecchiamento.

J. C. Price et al. *Molecular & Cellular Proteomics*, 2017; 16 (2): 243.

## Le persone sposate hanno livelli più bassi di ormone dello stress

**La scoperta pone il suo interesse nel percorso fisiologico che può spiegare come le relazioni interpersonali influenzano salute e malattia**

**La letteratura scientifica ha suggerito che le persone sposate sono più sane di quelle single, divorziate o vedove. Un recente studio del Dietrich College of Humanities and Social Sciences di Pittsburgh, Pennsylvania, fornisce la prima prova biologica per spiegare gli impatti del matrimonio sulla salute. I ricercatori hanno scoperto che gli individui sposati avevano livelli più bassi di cortisolo, l'ormone dello stress, rispetto a quelli mai sposati o precedentemente sposati. Questi risultati supportano la convinzione che**

**le persone non sposate affrontano lo stress in maniera peggiore rispetto agli individui sposati. In generale, lo stress prolungato è associato a un aumento dei livelli di cortisolo, che può interferire con la capacità del corpo di regolare i livelli di infiammazione, che a sua volta promuove lo sviluppo e la progressione di molte malattie. La scoperta pone il suo interesse nel percorso fisiologico che può spiegare come le relazioni interpersonali influenzano salute e malattia. In tre giorni non consecutivi,**

**i ricercatori hanno raccolto campioni di saliva da 572 adulti sani di età compresa tra i 21 e i 55 anni e li hanno testati per i livelli di cortisolo. I risultati hanno mostrato che i partecipanti che erano sposati avevano livelli di cortisolo più bassi rispetto alle persone non sposate o divorziate. I ricercatori hanno anche confrontato le variazioni circadiane di cortisolo in ogni persona: in genere, i livelli di picco di cortisolo si hanno al risveglio e mostrano un declino durante il giorno. I soggetti sposati**

## Tecnica d'imaging non invasiva rileva con precisione le neoplasie cutanee

I ricercatori del National Institute of Biomedical Imaging e Bioengineering (NIBIB, facente parte del NIH di Bethesda - Maryland) hanno sviluppato una tecnica d'imaging non invasiva in grado di rilevare con precisione le neoplasie cutanee, senza necessità di biopsia chirurgica. La microscopia "Multiphoton" dei mitocondri studia accuratamente melanomi e carcinomi basocellulari rilevando cluster anormali nei mitocondri in entrambi i tipi di cancro. Il cancro della pelle è il tipo più comune di neoplasia maligna negli Stati Uniti con un'alta risposta alla terapia, soprattutto se diagnosticata precocemente. "Con la tecnologia sviluppata al NIBIB c'è la possibilità di fare diagnosi dei tumori della pelle in modo rapido anche nelle primissime fasi di malattia", dice Behrouz Shabestari, Ph.D., direttore del Programma NIBIB in Optical Imaging e Spettroscopia. "Invece del campione bioptico che deve essere trattato e quindi esaminato al microscopio da un patologo, questo sistema comporta semplicemente, guardando al microscopio la pelle del paziente, se la neoformazione è cancerogena o no, in pochi minuti". Un gruppo di collaboratori del NIBIB, guidati da Irene Georgakoudi, Ph.D., del Dipartimento di Ingegneria Biomedica della Tufts University di Medford/Somerville vicino a Boston, nel Massachusetts, ha scoperto che i mitocondri si comportano in modo molto diverso nel tessuto sano rispetto al tessuto canceroso. Con una tecnica di microscopia laser che sfrutta le caratteristiche di una molecola chiave



**Il cancro della pelle è il tipo più comune di neoplasia maligna negli Stati Uniti con un'alta risposta alla terapia soprattutto se diagnosticata precocemente**

nei mitocondri, il "nicotinamide adenina dinucleotide" (NADH), fondamentale per la produzione di energia, i ricercatori hanno scoperto che il NADH reagisce in modo naturale senza l'iniezione di alcun colorante o mezzo di contrasto nei soggetti in fase di screening e può essere rilevato usando la microscopia "Multiphoton" nel fornire dati utili alla diagnosi, osservando l'organizzazione dei mitocondri nelle cellule cutanee. "Il sistema ci permette di ottenere immagini ad altissima risoluzione di singole cellule senza dover intervenire con la chirurgia",

spiega Georgakoudi. "Con questa tecnica, abbiamo scoperto che i mitocondri normali sono distribuiti in tutte le cellule normali in un modello nastriforme. Viceversa, le cellule cancerose mostrano i mitocondri che si trovano in ciuffi o cluster al centro della cellula lungo il confine del nucleo". Questa tecnica è stata testata in 10 pazienti con melanoma e carcinoma basocellulare e 4 soggetti sani. I risultati d'imaging sono stati confrontati con i risultati tradizionali bioptici e hanno dimostrato che questa tecnica ha correttamente identificato il cancro della pelle in tutti i 10 pazienti affetti da cancro e non ha dato nessuna falsa diagnosi nei quattro individui sani. Georgakoudi stima che questo test potrebbe essere utilizzato ampiamente negli studi specialistici entro cinque anni, anche se il costo dell'apparecchiatura (circa 100.000 dollari) potrebbe limitare le strutture mediche in grado di fare tale investimento. "Laser meno costosi sono all'orizzonte - conclude Georgakoudi - e questo approccio permetterebbe a un medico di effettuare una diagnosi rapida e iniziare subito un trattamento, che potrebbe, in ultima analisi, ridurre i costi di assistenza sanitaria associati a questi tumori molto comuni".

**I. Georgakoudi et al. Science Translational Medicine, 2016; 8 (367): 367ra169.**



**evidenziavano una diminuzione di cortisolo più veloce nell'arco del giorno e ciò è stato associato con una minore incidenza di malattie cardiache e con una maggiore sopravvivenza nei pazienti affetti da cancro. Questi dati forniscono informazioni importanti sul modo in cui le nostre relazioni sociali possono influenzare la nostra salute.**

**B. Chin et al. Psychoneuroendocrinology, 2017; 78: 68.**

Andrea Le Pera

## LUNGA VITA AL (MEDICO) PENSIONATO

ANDARE IN PENSIONE ti allunga la vita, specie se sei medico. È quanto conclude la nuova edizione dello studio realizzato dall'Ordine degli attuari, che colloca i medici al primo posto per longevità tra le categorie professionali (seguiti da dipendenti pubblici e avvocati).

L'indagine ha preso in considerazione i dati relativi a 15 milioni di pensionati, verificando come l'aspettativa di vita per chi riceve un assegno sia superiore a quella della popolazione generale, con punte del 20-25 per cento.

Lo studio conferma anche il dato sulla aspettativa di vita media degli italiani, destinata a crescere da qui al 2045, quando per gli uomini sarà di 88 anni e per le donne di 92.

### Battuti gli avvocati

I medici sono la categoria che dopo i 65

anni ha la più alta aspettativa di vita. I camicci bianchi vivono altri 20,6 anni in media, seguiti dagli avvocati con 20,1 anni. Più in generale, i lavoratori pubblici hanno un'aspettativa di vita più alta di chi lavora nel privato (20,3 anni contro 18,4).

Le proiezioni dello studio mostrano che nel 2045 la durata di vita residua dopo i 65 anni, si attesterà tra i 23 e i 23,5 anni per gli uomini e i 27 per le donne. Secondo il report inoltre, il divario tra l'aspettativa di vita di chi percepisce un assegno e chi no, cresce mano a mano che ci si avvicina all'età per il pensionamento, mentre il tasso di mortalità cala quando sale l'importo della rendita.

“Lo studio è a disposizione del Paese, del Governo, delle Autorità di vigilanza e di tutti gli operatori della previdenza”

ha detto Giampaolo Crenca, presidente del Consiglio nazionale degli attuari. L'aggiornamento era atteso per poter verificare l'attendibilità delle previsioni sull'aspettativa di vita degli iscritti che insieme a contributi, rendimento del patrimonio e spesa per le pensioni, sono alla base del bilancio tecnico con cui la Fondazione Enpam ha dimostrato la sostenibilità a 50 anni.

“I dati che emergono da questo secondo studio confermano la bontà delle proiezioni, che già tenevano conto di una aspettativa di vita maggiore per i pensionati - spiega Micaela Gelera, attuario dello studio Orrù&Associati e membro del Consiglio nazionale della categoria -. Abbiamo verificato che la selezione applicata nelle previsioni è sempre allineata a quanto si verifica effettivamente”.

### Per la pensione di vecchiaia servono 67 anni e mezzo

La riforma delle pensioni entrata in vigore il 1° gennaio 2013 continua a manifestare i suoi effetti su requisiti anagrafici e contributivi necessari a maturare il diritto all'assegno. Quest'anno i camicci bianchi che vogliono

fare richiesta per la pensione di vecchiaia devono avere 67 anni e mezzo, sei mesi in più rispetto all'anno scorso. Per fare richiesta per la pensione anticipata, nel 2017 è necessario avere almeno 61 anni e 6 mesi di età e 35 anni

di contribuzione effettiva, riscattata e/o ricongiunta (con 30 anni di anzianità di laurea). Solo per la Quota A, è possibile andare in pensione a 65 anni scegliendo il calcolo contributivo su tutta l'anzianità maturata. In

questo caso la scelta va fatta nell'anno che precede i 65 anni e comunque entro il mese di compimento dei 65 anni di età.

### I REQUISITI ANAGRAFICI E CONTRIBUTIVI

CHI	RAPPORTO DI LAVORO	PENSIONE	REQUISITI PER LA PENSIONE DI VECCHIAIA	REQUISITI PER LA PENSIONE ANTICIPATA	METODO DI CALCOLO
Tutti i medici e gli odontoiatri	Tutti	Enpam Quota A	67 anni e 6 mesi di età (nati dall'1.1.1950 al 30.6.1950) Almeno 5 anni di contribuzione		Contributivo indiretto Enpam fino al 31.12.2012 Contributivo (Legge n. 335/95) pro-rata dall'1.1.2013
<i>Caso particolare: tutti i medici e gli odontoiatri che non vogliono aspettare i 67 anni e sei mesi per la pensione Enpam di Quota A</i>	Tutti	Enpam Quota A		65 anni di età (nati dall'1.1.1952 al 31.12.1952) essere iscritti alla gestione e avere almeno 20 anni di contribuzione al raggiungimento dei requisiti	* Contributivo (Legge n.335/95) applicato a tutta la vita lavorativa
Medici liberi professionisti	Libero professionale	Enpam Quota B	67 anni e 6 mesi di età (nati dall'1.1.1950 al 30.6.1950) almeno 5 anni di contribuzione nella Quota A	61 anni e 6 mesi di età (nati dall'1.1.1956 al 30.6.1956) e almeno 35 anni di contribuzione effettiva, riscattata e/o ricongiunta (con 30 anni di anzianità di laurea)	Contributivo indiretto Enpam
Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale	Convenzione	Enpam Fondi speciali	67 anni e 6 mesi di età (nati dall'1.1.1950 al 30.6.1950) Nessun requisito contributivo minimo	61 anni e 6 mesi di età (nati dall'1.1.1956 al 30.6.1956) e almeno 35 anni di contribuzione effettiva, riscattata e/o ricongiunta (con 30 anni di anzianità di laurea)	Contributivo indiretto Enpam

△ Questo requisito vale per chi è ancora iscritto. Chi invece si è cancellato dall'Albo prima dell'età pensionabile deve avere almeno 15 anni di anzianità contributiva.

\* Quest'opzione va scelta in anticipo con un apposito modulo

□ Eccezione: chi non esercita più l'attività deve avere almeno 15 anni di anzianità contributiva

○ Si può andare in pensione anticipata, indipendentemente dall'età, se si hanno almeno 42 anni di contribuzione effettiva, riscattata e/o ricongiunta unitamente ai 30 anni



Bruno Cristiano

## L'IRA NEI SECOLI ANTICHI... IN IRA VERITAS?

**Come non è bene lasciare esplodere l'ira, anche perché aumenta la pressione e può far venire un infarto, altrettanto non lo è il comprimerla, che può generare depressione**

La più bella descrizione delle passioni è quella data nel *Fedro* da Platone, il quale dice che l'anima è come una biga condotta da due cavalli, uno bianco, che ne rappresenta l'aspetto irascibile e tende verso l'alto, uno nero, che ne rappresenta l'aspetto concupiscibile e tende verso il basso. L'auriga, simbolo della ragione, frena e modera le due tendenze contrastanti imponendo ai cavalli un equilibrio.

Aristotele considera la passione come un'alterazione dell'anima, capace di coinvolgere anche il corpo, e quanto all'ira sostiene che in certi casi è necessaria. Crisippo chiama le passioni "malattie dell'animo", paragonandole a quelle del corpo.

Cicerone le definisce "un turbamento dell'animo in contrasto con la ragione".

Gli stoici danno delle passioni un giudizio perlopiù negativo, mentre i peripatetici si mostrano indulgenti, e per questo Cicerone li chiama "effeminati".

Per Cartesio le passioni sono modificazioni dell'anima prodotte dagli "spiriti animali".

L'ira è anche "odio", "rancore", "malevolenza", "malcontento profondo", "sdegno", "risentimento", "indignazione profonda"; ma c'è anche l'ira "buona", l'ira "santa" ("Eravamo uomini commossi d'ira santa", scrive Giuseppe Mazzini), l'ira "giusta", l'ira "di Dio", come "giustizia punitiva", come "castigo divino" ("Dio è tremendo nell'ira della sua giustizia", Palazzeschi). "È successa l'ira di Dio" (o l'iradiddio), diciamo spesso,

a indicare un fatto di portata enorme, incommensurabile. Non c'è eroe che non abbia avuto i suoi momenti d'ira, e non c'è ira che non abbia avuto i suoi eroi. Così abbiamo l'ira di Achille, l'ira di Ulisse, di Aiace, di Turno e persino del pio Enea (che - per citare un solo esempio - afferra vivi otto giovani e li sgozza sul rogo di Pallante), e all'origine di tutte le ire abbiamo l'ira di Caino (che uccise Abele per invidia e gelosia, perché immolava al Signore carni grasse mentre lui non poteva offrirgli che qualche cesto di frutta).

Comunque l'ira ha anche una sua utilità. Cicerone dice che siamo più spontanei e sinceri sotto l'effetto dell'ira che non quando siamo calmi e tranquilli (come dire "in ira veritas").

Mentre Socrate consiglia di "arrabbiarsi con la persona giusta, nella misura giusta, nel momento giusto e per una causa giusta". Insomma, per dirla con Qohélet (cioè con l'Ecclesiaste), c'è un tempo anche per l'ira. D'altra parte, come non è bene lasciare esplodere l'ira, anche perché aumenta la pressione e può far venire un infarto, altrettanto non lo è il comprimerla, che può generare depressione, frustrazione e dolori allo stomaco.

Seguiamo dunque il consiglio di Socrate e arrabbiamoci, ogni tanto, tenendoci nella misura giusta, o meglio nel giusto mezzo, come c'insegna Orazio...

A quando l'ira "buona" di Silvestro per portare la chiesa (Fimmg) al centro del villaggio?

