



Fondatore Giulio Polotti

## Osservatorio della salute e della sicurezza sul lavoro - News n.2

La Fondazione Anna Kulisciuff ritiene utile avviare un momento di analisi e di confronto su un tema primario come quello della salute e della sicurezza sul lavoro.

Vogliamo dare a questa iniziativa anche un segno di riconoscimento al medico Anna Kulisciuff, la “dottoressa dei poveri, che studiò a Pavia con Camillo Golgi e frequentò a Torino Cesare Lombroso, e che unì alla sua professione una straordinaria capacità di influire sulle vicende politiche del suo tempo con un impegno intenso e instancabile che univa ad un grande realismo una tenace volontà di lotta per emancipazione dei più deboli.

Il nostro Osservatorio si avvale della collaborazione di esperti del settore e di soggetti che ricoprono incarichi istituzionali, di rappresentanti delle forze politiche e sociali. Riprodurremo, con il consenso degli interessati, anche articoli di particolare interesse apparsi sulla stampa. L'Osservatorio è aperto a tutti coloro che intendono contribuire a rendere più efficaci gli strumenti della politica sanitaria, offrendo su una materia oggettivamente complessa una comunicazione chiara ed accessibile ai cittadini che spesso incontrano disagi e difficoltà burocratiche.

---

### La cronicità, malattia del 21° secolo

Il centro della problematica consiste nel fatto che, a tutt'oggi, l'Italia è il Paese più “vecchio” d'Europa con i problemi che ciò comporta: all'1 gennaio 2015 ci sono 157,7 anziani ogni 100 giovani e 55,1 persone in età non lavorativa ogni 100 in età lavorativa, valori in continua ascesa negli ultimi anni.

Inoltre il progressivo innalzamento della vita media dell'essere umano ha evidenziato patologie che prima esistevano, ma in consistenza del tutto modesta a discapito di altre che prima avevano una decisa rilevanza (basti pensare al ruolo della patologia infettiva che tanta parte ha avuto negli anni e nei secoli scorsi)

Anche lo stile di vita delle popolazioni di cultura occidentale, tra cui ovviamente l'Italia ed in particolare le regioni del Nord tra le quali la Lombardia, è variato in termini di quantità e di qualità della alimentazione: la cosiddetta “piramide alimentare”, uno strumento che consente l'evidenziazione di quegli alimenti da privilegiare (frutta e verdura) rispetto a quelli da contenere (carboidrati e grassi), viene quasi del tutto ignorata in ogni fascia della popolazione ed in ogni strato sociale con la complicità delle autorità sanitarie che, spesso, anch'esse ignorano.

Basti pensare all'obesità o al diabete da collegare oltre che all'alimentazione anche alla sedentarietà che è purtroppo un elemento sempre più rilevante nella nostra vita, a discapito del moto che tanta importanza riveste nella prevenzione.

Paradossalmente hanno avuto un ruolo importante, in tale contesto, anche il progresso in ambito medico-scientifico e farmaceutico, in quanto essi hanno avuto un ruolo del tutto positivo per l'incremento quantitativo della vita umana ed hanno, altresì, consentito l'emergere di quella quota di patologie sopra evidenziate, ma hanno anche aggiunto diagnostiche prima del tutto, o quasi, ignorate. Un esempio che vale per tutte la MOC (Mineralometria Ossea Computerizzata), diagnostica che ha effettivamente consentito la misura della perdita di calcio nelle ossa umane, dovute all'invecchiamento o ad altre cause quali quelle alimentari, ma, d'altro canto, oltre ad evidenziare situazioni già perfettamente prevedibili, le attuali conoscenze scientifiche non hanno finora evidenziato nessuna terapia valida, se non la prevenzione alimentare.

Ora risulta evidente come le strutture sanitarie siano di fronte ad una strategia del tutto nuova per rispondere ad una domanda di salute anch'essa del tutto nuova anche solo rispetto ad un ventennio fa. Gli ospedali non sono certamente in grado di affrontare la cronicità nel suo insieme e nel suo percorso sintomatico, fatto salvo il momento della fase di riacutizzazione della stessa cronicità.

A questa situazione la Regione Lombardia ha tentato di farvi fronte attraverso la “riforma Maroni “, approvata con legge regionale 11 agosto 2015, n°23, ma ancor di più attraverso la più recente deliberazione della Giunta Regionale (la DGR n°6164 del 30 gennaio 2017) avente per oggetto: “GOVERNO DELLA DOMANDA: AVVIO DELLA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI CRONICI E FRAGILI. DETERMINAZIONI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 9 DELLA LEGGE N. 23/2015”.

Essa dà il “via libera” in Lombardia alla introduzione di un nuovo modello di presa in carico dei **3,5 milioni di pazienti lombardi affetti da cronicità**.

Il modello stratifica la domanda di salute in cinque livelli di cui i primi tre riguardano i pazienti cronici con diversi gradi di complessità e prevede per 62 patologie croniche il percorso di cura a seconda del livello.

Si tratta di un modello fortemente innovativo perché, per la prima volta, si costruiscono dei percorsi strutturati di presa in carico. I pazienti cronici vengono divisi in base a distinti livelli di complessità o fragilità e per ogni patologia e livello è previsto un percorso ad hoc.

Viene introdotta la figura del “Gestore” che potrà essere un soggetto pubblico o privato che dovrà attivarsi per costruire una filiera con più soggetti che devono cooperare per soddisfare i bisogni dei pazienti.

Fino ad ora, fatta eccezione per i CREG sperimentali, la remunerazione era basata sulla singola prestazione mentre ora il costo è complessivo e comprensivo di tutti i servizi che servono per la presa in carico delle cronicità. Possiamo dire che questo modello rappresenta una fase successiva e più ampia di quella sperimentazione. È una specie di sublimazione dei CREG. La tariffa per la presa in carico di un malato d’ipertensione di livello 3, la meno complessa e che è riservata, in via esclusiva, alla medicina generale (così come i livelli 4 e 5) è di circa 270 euro solo per le attività ambulatoriali, cui va sommato un 8% in più che la Regione ha deciso di erogare per far fronte alle spese per l’attività organizzativa del nuovo modello. Ai medici di medicina generale è riservato, in via esclusiva, il livello 3, quello più ampio che conta circa 1,9 milioni di cronici monopatologici. Il medico di medicina generale potrà partecipare anche ai bandi per la gestione della presa in carico dei casi più complessi.

Certo è chiaro come sia opportuno parlare di quella quota di medici di medicina generale che già opera in rete in quanto, ovviamente, la medicina generale di base costituisce elemento strategico del sistema.

Il modello **non prevede più prenotazioni di visite mediche o ricerche dei luoghi di cura**. È invece prevista una vera e propria presa in carico del paziente che viene seguito ed accompagnato, passo dopo passo, dal “gestore” nell’attuazione del suo piano assistenziale personalizzato.

In buona sostanza la DGR prevede, per la cronicità, 3 livelli: **il livello n° 3**, Quello di base, comprende la cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e le fragilità socio-sanitarie in fase iniziale che richiedono un numero medio-basso di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari.

La Pertinenza è prevalente del Territorio, avendosi, in particolare, l’esaltazione del ruolo del MMG (medico di medicina generale). Si stima, come già accennato, una necessità di accesso a questo livello di circa 1.900.000 cittadini

**Il livello intermedio è il n° 2** e comprende: la cronicità poli-patologica con bisogni prevalentemente extra ospedalieri ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati e fragilità socio-sanitaria di grado moderato.

La Pertinenza è mista: la struttura erogatrice sia di tipologia sanitaria che socio-sanitarie ed il MMG in associazione. Si stima una consistenza, di circa 1.300.000 cittadini che necessitano di accedere a questo livello assistenziale.

**Il livello di alta complessità è il n° 1**, che comprende le fragilità cliniche e/o funzionali con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale o assistenziale al domicilio. La pertinenza è ovviamente, in tal caso, delle strutture sanitarie e socio-sanitarie e si stima un bisogno per tale livello da parte di circa 150.000 utenti.

Ruolo fondamentale in tutto il nuovo sistema sarà rivestito dalle ATS (ex ASL) che avranno il compito di verifica, monitoraggio per la soluzione di eventuali problematiche specifiche ed organizzative.

Come è possibile evidenziare sia il numero di pazienti cronici previsti in accesso (circa 3.350.000 di individui) sia il numero di patologie osservate (62) ci danno immediatamente le dimensioni del fenomeno cronicità in Regione Lombardia, che indubbiamente la riforma “Maroni” aveva saputo bene interpretare, ma ancora priva di strumenti attuativi per il permanere delle ataviche problematiche territoriali, ospedaliere e quelle concernenti il rapporto ospedale-territorio.

**Ora occorre con la massima celerità, se non urgenza, rimuovere tali ostacoli attuativi.** Certamente a ciò non contribuisce l'atteggiamento già emerso nei confronti della DGR da parte di alcune organizzazioni di Medici di Medicina Generale che hanno reso pubblica la loro posizione: I medici di base in allarme: "Così si distrugge la medicina di famiglia", evidenziando un atteggiamento retrogrado se non corporativo.

Ebbene in conclusione appare necessario aggiungere un'ulteriore considerazione: le ultime rilevazioni ISTAT hanno evidenziato per la prima volta, dopo circa mezzo secolo, un'inversione di tendenza del dato dell'allungamento della vita media che mette in evidenza come purtroppo, a circa quaranta anni della approvazione della prima riforma sanitaria (la 833), in Italia non si investa a sufficienza nella politica della prevenzione.

Infatti nel 2015 la speranza di vita alla nascita era di 80,1 anni per gli uomini e di 84,7 per le donne. Nel 2014 però era più alta: 80,3 per gli uomini e 85 per le donne. Diminuzione non rilevante, certo, ma è un'inversione di tendenza, ed è la prima volta.

Questo dato, che certo non fa ben sperare, evidenzia come le campagne di prevenzione e degli screening, che non si riescono ad attuare per mancanza di risorse economiche siano ovviamente strettamente correlate alle condizioni di salute e, alla fine, risultino determinanti per la salute generale della popolazione e fa risultare veramente preoccupante come, per la prima volta, **l'aspettativa di vita stia diminuendo.**

*Elio Giorgio Marmondi, 30 Aprile 2017*

-----

### **Il costo impossibile degli antitumorali**

La cura dei tumori ha fatto passi da gigante ma il sistema sanitario ha sempre maggiori difficoltà a sostenere il costo di alcuni farmaci. Le notizie strabilianti sulla loro efficacia stanno invadendo la carta stampata e stanno agitando l'opinione pubblica perché alcuni malati rischiano, per motivi economici di non poterne usufruire. A questo proposito vale la pena fare alcune riflessioni che chiamano in causa l'industria farmaceutica. Tre anni fa sulla rivista *Blood*, 100 illustri oncologi americani denunciavano che questa puntava a realizzare un profitto esagerato come accade con l'aumento del costo del grano dopo un disastro naturale. Il disastro sono i malati di cancro che ne hanno grande bisogno e come per il grano in corso di calamità, il prezzo dei medicinali lievita. E continuavano dicendo che dei 12 farmaci approvati nel 2012 dalla Food and Drug Administration, 11 erano stati immessi sul mercato a un prezzo superiore a 100 mila dollari a paziente per anno e il prezzo di quelli esistenti, di comprovata efficacia, era stato aumentato esageratamente. Anche i francesi, dall'ematologo Jean-Paul Vernant, tra gli autori del Piano cancro nazionale, a Dominique Maraninchi, già direttore dell'Agenzia francese del farmaco (Ansm), ai grandi oncologi d'oltralpe, hanno chiesto di "dare un taglio" a questa situazione. I costi così alti sono per loro ingiustificati e portano l'esempio del Glivec e del suo prezzo che, pur avendo negli anni ampiamente coperto le spese di ricerca e promozione, continua ad essere esageratamente alto. Motivo per una sostanziale riforma delle regole che stabiliscono i prezzi dei prodotti !

E gli oncologi italiani come si muovono ? Lavorano molto su appropriatezza, riduzione degli sprechi, ricerca di fondi e mettono in atto ricerche indipendenti tese a valutare l'utilizzo di farmaci costosi di ultima generazione rispetto a chemioterapie tradizionali, cosa che ha dato frutti. Un esempio è stato lo studio indipendente Tailor dove il costosissimo Erlotinib si è dimostrato meno efficace della chemioterapia tradizionale nel tumore del polmone avanzato. Ma non basta. Tutte opzioni virtuose e meritevoli di plauso, ma che non intaccano minimamente il guaio a monte: costi alti e aziende che vogliono continuare a guadagnare esageratamente! Forse bisognerebbe imparare da americani e francesi che, stufi di una situazione insostenibile, hanno deciso di partire all'attacco con denunce e mobilitazioni ad hoc.

Dunque protestare dicendo alcune cose! Anzitutto bisognerebbe che i bilanci delle aziende fossero pubblici per capire quanto gli antitumorali hanno inciso su ricerca, produzione e promozione e quanto fanno introitare. Secondo andrebbe stabilito in anticipo il guadagno massimo consentito all'azienda. Terzo l'utile degli azionisti non dovrebbe andare oltre certi limiti per non "strozzare" indirettamente la sanità pubblica. Da ultimo governo e istituzioni, facendo proprio quanto sopra, dovrebbero essere più duri e determinati nelle contrattazioni dei prezzi con le aziende produttrici.

*Alberto Scanni, Primario emerito di oncologia Ospedale Fatebenefratelli Oftalmico Milano*

## Serve trasparenza nelle associazioni (anche se di pazienti)

### Come regolare gli aiuti dall'industria alle associazioni di pazienti? Con regole, etica e trasparenza

Da un recente articolo del [\*New England Journal of Medicine\*](#) su 104 **associazioni per i diritti dei malati**, l'83% riceve finanziamenti da case farmaceutiche, da produttori di biotecnologie o di apparecchi protesici. E' bello che le industrie facciano donazioni, ma come dicono gli autori è opportuna **trasparenza** quando c'è di mezzo l'industria, tanto più che spesso suoi manager siedono in boards governativi.

Coinvolgimenti industriali, giudicati etici nell'area dei bisogni, possono artatamente indurre bisogni e richieste dei malati e si sa, coi tempi che corrono, quanto sia difficoltoso e nello stesso tempo facile per i prescrittori cedere alle loro pressioni. Il marketing ha delle specifiche strategie di penetrazione e finanziamenti, pur nobili negli intenti, potrebbero subliminarmente sensibilizzare a richiedere questo o quel prodotto, alla guisa di quanto si fa per un formaggio o per una lavatrice.

Chi riceve un finanziamento si può sentire obbligato a ricambiare la gratitudine, a non essere scortese verso chi ti ha voluto aiutare, tanto più se sei un'associazione per gli ammalati.

Il discorso della **trasparenza** è all'ordine del giorno per le associazioni dei **medici** spesso supportati nei loro programmi o nei congressi dalle case farmaceutiche. A questo proposito le associazioni mediche americane oltre ad essersi date delle regole sostengono che, per giudicare se è etico o meno accettare un regalo, è necessario porsi la domanda: **cosa penserebbe un mio collega o un mio paziente se venisse a sapere che l'ho accettato?** Se la risposta si orientasse verso un'opinione negativa, sarebbe opportuno non accettarlo.

Questo comportamento dovrebbe valere anche per le associazioni di cui sopra di cui la gente dovrebbe essere informata di tutto e di più. Certo le organizzazioni che **lottano per i malati** meritano plauso ma senza demonizzare quello che c'è di buono in quello che fanno, devono avere **regole rigorose**, trasparenza del comportamento, pubblicizzazione dei finanziamenti, meticolosa informativa dell'utilizzo degli stessi, alla luce di un organo indipendente di controllo del loro operato e della moralità dei loro dirigenti.

*Alberto Scanni, Primario emerito di oncologia Ospedale Fatebenefratelli Oftalmico Milano*