



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Soppressione punto nascite: protesta in piazza

Oltre duecento persone al grido di 'Save sanità pubblica' hanno manifestato davanti all'ospedale 'San Timoteo' di Termoli per dire no alla chiusura del punto nascita. Una notizia riportata dall'Ansa Molise, legata all'entrata in vigore, ieri del decreto firmato dal commissario alla Sanità per il Molise Angelo Giustini.

Dal reparto di Ostetricia è iniziata la fase di dimissioni delle partorienti, alcune hanno scelto di recarsi nell'ospedale di Campobasso, altre in quello

di Vasto (Chieti), altre ancora in quello di Pescara. Alla protesta, organizzata dal gruppo 'donne&mamme di Termoli', erano presenti varie associazioni tra cui il Movimento per la vita del Molise, con la presidente Rita Colecchia, il Comitato San Timoteo, il Forum per la sanità pubblica, sindaci del Basso Molise insieme a Francesco Roberti, primo cittadino di Termoli, parlamentari, consiglieri regionali M5s, il segretario del Pd Molise Vittorino Facciolla.



Peso: 11%

” Il Welfare sanitario del manager” Un convegno di Federmanager

*E' l'associazione che tutela
i manager salernitani, presieduta
dall'ingegner Armando Indennimeo*

Presentato il progetto Road Lab

“ Il panorama dei medici italiani è di alto profilo: dove invece siamo fortemente carenti è nell'organizzazione delle strutture sanitarie che sono molto complesse: bisogna contaminarle con figure capaci di gestirle, con grande beneficio dei cittadini che avranno un Sistema Sanitario più efficiente e la riduzione dei tempi di attesa. La direzione delle nostre ASL dovrebbe essere affidata non a medici, ma a chi ha competenze manageriali. Oggi un terzo della spesa sanitaria viene sostenuta dai cittadini, ma ciò nonostante la Sanità pubblica da sola non ce la fa: è necessario che pubblico e privato camminino insieme per fare di più. Bisogna evitare gli schieramenti di parte e mettere il cittadino al centro”. Sono queste le considerazioni del dottor Mario Cardoni, Direttore Generale di Federmanager, espresse durante il convegno: “ Il welfare del manager”, organizzato da “ Federmanager Salerno”, l'associazione che tutela i ma-

nager salernitani, presieduta dall'ingegner Armando Indennimeo. Il Presidente Indennimeo ha ricordato che Federmanager è molto attenta alla politica del welfare aziendale per i dirigenti: “ Curiamo molto quest'attività anche con forme assicurative dedicate ai nostri 125 soci e alle loro famiglie, senza limiti di età”. Indennimeo ha anche presentato l'innovativo progetto “Innovation Road Lab” realizzato in collaborazione con Confindustria Salerno: “ E' destinato a 25 imprenditori e manager provenienti da: Campania, Basilicata, Calabria, Puglia e Sicilia, che ha l'obiettivo di stimolare un confronto costruttivo tra Istituzioni, Imprenditori e Manager su come apportare innovazione in azienda. In Campania 5 aziende, con l'aiuto di nostri manager certificati stanno realizzando, insieme, dei progetti basati sull'innovazione”. Il Direttore Generale FASI, la dottoressa Caterina Miscia, ha

sottolineato l'importanza della tutela: “ Tuteliamo le situazioni di fragilità: stiamo registrando una crescita importante della spesa sanitaria, sia per una maggiore attenzione alle attività di prevenzione, sia per le difficoltà che sta incontrando il Sistema Sanitario Nazionale pur essendo uno dei migliori al mondo. Noi cerchiamo di supportarlo integrando i servizi”. Il dottor Giuseppe Califano, Vicepresidente “Fasdapi” e Presidente “PMI Welfare Manager” ha parlato di politiche attive. **Aniello Palumbo**



Peso: 27%

Terapie avanzate, sfida italiana nel biotech

«Questo è l'inizio di una storia che continua ad aprire sfide oltre che promesse». Le parole di Luigi Naldini, pioniere della terapia genica, riassumono lo scenario delle cosiddette terapie avanzate (terapia genica, cellulare, editing genetico, immunoterapia Car-T, ingegneria dei tessuti). Se da un lato segnano l'inizio di una nuova era per la biomedicina, capace da dare risposte a malattie incurabili spalancando nuove opportunità anche per il nostro Paese, dall'altro rappresentano una delle principali sfide con cui devono misurarsi sia il mondo della ricerca scientifica sia il Servizio sanitario nazionale. Si tratta infatti di terapie complesse e molto costose (possono raggiungere anche i 400mila euro), destinate solo a pazienti selezionati e molte delle quali ideate e sviluppate nel nostro Paese. **Francesca Cerati** a pag. 35

OGNI MARTEDÌ LE PAGINE DI .SALUTE



Ricerca genica. Ricercatori e Servizio sanitario nazionale in campo per la cura delle malattie «incurabili»

.salute



Peso: 1-19%, 35-42%

Sulle terapie avanzate sfida italiana nel biotech

Francesca Cerati

«Questo è l'inizio di una storia che continua ad aprire sfide oltre che promesse». Le parole di Luigi Naldini, pioniere della terapia genica, riassumono perfettamente quello che è oggi lo scenario delle cosiddette terapie avanzate (terapia genica, cellulare, editing genetico, immunoterapia Car-T, ingegneria dei tessuti). Se da un lato segnano l'inizio di una nuova era per la biomedicina, capace da dare risposte a malattie incurabili come le malattie rare e i tumori del sangue, spalancando nuove opportunità anche per il nostro Paese, dall'altro rappresentano una delle principali sfide con cui deve misurarsi sia il mondo della ricerca scientifica sia del Servizio sanitario nazionale. Si tratta infatti di terapie complesse e molto costose (intorno ai 400 mila euro), destinate solo a pazienti selezionati. «È una materia totalmente nuova non solo per le agenzie regolatorie, ma anche per le imprese e i sistemi sanitari» - dice Giulio Pompilio, delegato insieme a Paolo Gasparini del Cat (comitato per le terapie avanzate) di Ema - Sfruttata bene, rappresenta una straordinaria palestra per fare sistema e non perdere questo treno dell'innovazione. Ricordo che delle 13 terapie avanzate approvate oggi in Europa, tra le prime 4 approvate ben tre sono state ideate e sviluppate nel nostro Paese». Già, e la storia che ha portato alla prima terapia genica al mondo per l'Ada-Scid, portata avanti dall'Istituto San Raffaele Telethon per la terapia genica (SrTiget) potrebbe essere un buon esempio da replicare. «Il vero outcome è quello di creare un percorso virtuoso di trasferimento tecnologico, come già avviene negli Stati Uniti e in Gran Bretagna

- commenta Riccardo Palmisano, presidente di Assobiotech - Il che significa mettere in contatto l'accademia con le imprese e creare come in Inghilterra dei "catapult", cioè degli incubatori a investimento pubblico-privato». E tra le ipotesi che Palmisano cita c'è anche lo Human technopole.

Che il tema sia una priorità lo si evince anche dal fatto che nelle ultime due settimane si sono concentrati gli appuntamenti che hanno coinvolto i principali stakeholder in ambito terapie avanzate, a Roma organizzato dall'Osservatorio terapie avanzate, mentre a Milano si è tenuta sia la V tappa regionale della road map Car-t sia il 1° workshop italiano sulla terapia cellulare Car-T, a cui ha partecipato anche Carl June, il padre dell'immunoterapia anti-tumorale, che in pratica è in grado di restituire al sistema immunitario la sua naturale capacità di riconoscere ed eliminare le cellule tumorali. Una tecnica molto complessa che ha portato all'immissione in commercio di due prodotti riservati a malati con indicazioni precise, uno di Novartis e uno di Gilead, e che in Italia sono in fase di negoziazione con Aifa. Come già è avvenuto negli altri paesi europei si arriverà a un accordo, che però non risolverà la questione topica che riguarda tutte le terapie cellulari, ovvero la sostenibilità. Negli ultimi 10 anni la ricerca e gli investimenti in questo campo sono cresciuti in maniera esponenziale e l'oncologia con la Car-T rappresenta certamente la "game changer". Ma all'orizzonte se si guarda solo al numero degli studi clinici in fase tre si prospetta uno "tsunami" di terapie biologiche. E allora la sostenibilità non riguarderà solo l'aspetto economico, ma anche produttivo. E le aziende potrebbero non riuscire a far fronte alle richieste. Prima che ciò accada è auspicabile che

vengano stabilite linee guida e standard in tema di produzione, rimborsabilità, sicurezza. «L'aspettativa di rapporto tra domanda e offerta - precisa Palmisano - è enormemente sbilanciata verso la domanda. Oggi nessuno sa dove verranno prodotte le tante terapie che ora sono in fase 3, se dovessero essere approvate. Il sistema Italia potrebbe candidarsi a ospitare facilities per le aziende che decidono di avere sedi nelle varie nazioni (oggi Novartis ha aperto siti propri di produzione per la Car-T in Francia, Germania e Svizzera, ndr)». Affinchè accada occorre però essere attrattivi da un punto di vista fiscale e normativo continua Palmisano ricordando che nel processo di produzione della terapia cellulare una grande opportunità è data dalla fornitura dei vettori, e cita gli ultimi deal: Brammer Bio acquisita per 1,7 miliardi di dollari da Thermo Fisher Scientific e Catalent acquisita da Paragon Bioservices per 1,2 miliardi di dollari. Per Andrea Biondi, direttore scientifico della Fondazione Mbbm, che all'ospedale di Monza, porta avanti una delle 3 sperimentazioni autorizzate in Italia coi Car-T (le altre due sono al Bambin Gesù e al San Raffaele) sono due le prospettive riguardo agli slot di produzione: la concorrenza legata alla rapidità nella fornitura della terapia e, come è avvenuto in Uk, la società di pediatria ha avviato due trial accademici, così in base alla disponibilità degli slot, esiste un'alternativa per i trattare i pazienti. E a chi spera che i costi in futuro si abbasseranno come avviene con gli smartphone, Massimo



Peso: 1-19%, 35-42%

Scaccabarozzi, presidente di Farminindustria ricorda che quando si tratta di modificare un farmaco, la ricerca riparte da zero. Insomma per ottenere l'equivalente dell'iphone X, anzichè 10 anni ce ne vorrebbero 100.

I numeri crescenti della terapia cellulare

CELL&GENE

È boom degli investimenti nelle terapie avanzate

13,3 MILIARDI

La raccolta di capitali nel 2018 nelle terapie avanzate (+77% annuo)

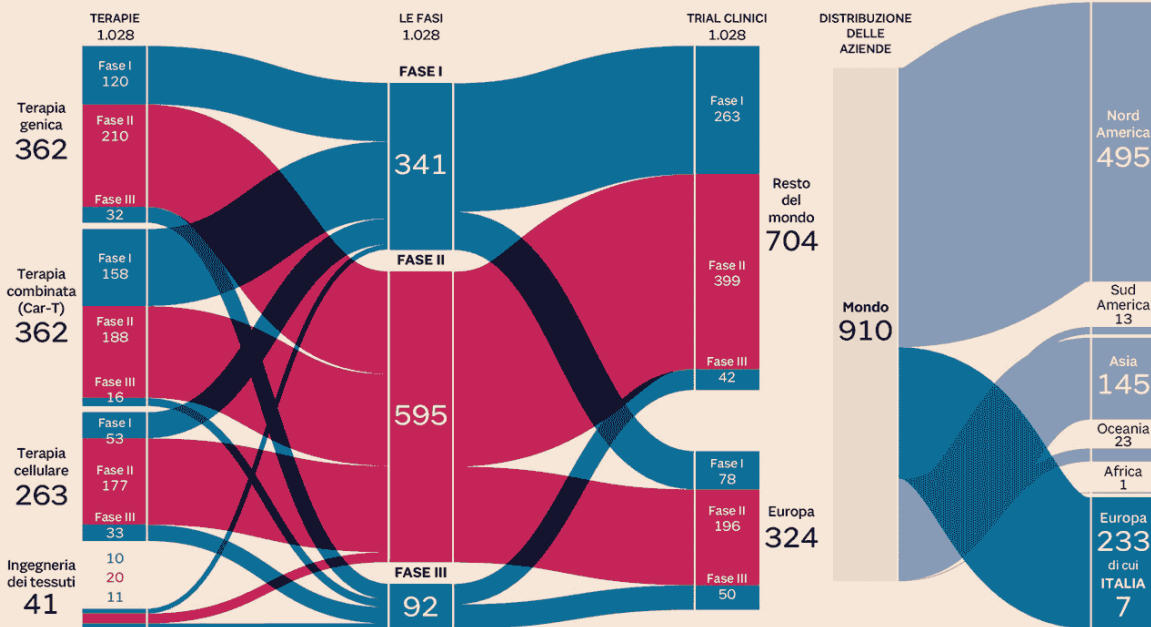
20 MILIARDI

Il valore complessivo nel 2018 delle principali M&A (+48% annuo)

TERAPIE AVANZATE APPROVATE

Stati Uniti	16
Sud Corea	14
EUROPA	13
India	4
Giappone	4
Canada	2
Cina	1
Australia	1

Fonte: Cytotherapy - Farminindustria



Produzione, costi e regolamentazione. Oggi sono poche le terapie cellulari approvate, ma i prodotti in fase di R&S e gli investimenti crescono in modo esponenziale. Siamo pronti?



Peso: 1-19%, 35-42%

Report di Ge Healthcare sulla sostenibilità del Ssn

L'arma dell'intelligenza artificiale per ridurre sprechi e liste d'attesa

Barbara Gobbi

Una "torre di controllo" capace di monitorare in tempo reale tutti i posti letto di un ospedale. E di aiutare il personale, grazie all'impiego di intelligenza artificiale e di algoritmi avanzati, a prendere decisioni di cura rapide e appropriate e a prevedere e risolvere criticità. Obiettivo: fornire un'assistenza "digitale" sulle 24 ore, giorni festivi inclusi, riducendo al minimo sprechi organizzativi e tempi delle prestazioni. Che sono la bestia nera di ogni paziente: solo in Italia oltre la metà dei pazienti è costretto dalle liste d'attesa a rinviare o rinunciare a visite ed esami.

La "torre di controllo" o "Command center" è già operativa in Nord America - dove all'ospedale John Hopkins di Baltimora (1.100 posti letto) ha velocizzato del 60% i trasferimenti dei pazienti e abbattuto del 25% i tempi d'attesa in Pronto soccorso - ed è al debutto in Europa. Qui il Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust sta collaborando con GE Healthcare - divisione medica di General Electric - per realizzare al Bradford Royal Infirmary, in Inghilterra, un Centro di comando mirato a ridurre i tempi d'attesa, a trattare più pazienti ed allentare la pressione sullo staff.

«Ciascuno dei nostri otto Centri di comando è stato progettato in modo personalizzato per rispondere alle specifiche esigenze degli operatori sanitari», avvisa Catherine Estrampes, presidente e Ceo di GE Healthcare Europe. Un vestito su misura, che nasce dalla sinergia tra pubblico e privato e mira all'appropriatezza con un approccio hi-tech. «Sostenibilità - continua Estrampes - è anche investire sugli ospedali

per renderli più digitali, così da ridurre nettamente gli sprechi. L'1% di aumento dell'efficienza si traduce in un miliardo di euro all'anno di risparmi. L'intelligenza artificiale è già integrata nella tecnologia: perché abbia successo è ora necessario migliorare la gestione dei dati, che devono essere di alta qualità per sfruttare al massimo le opportunità che abbiamo davanti».

Opportunità di cura ma anche potenzialità di business: il doppio fronte su cui si focalizza il Dipartimento Health Economics di GE Healthcare, che proprio oggi presenta il Memorandum per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Il mercato dell'intelligenza artificiale nel settore della salute - si legge nel report - raggiungerà i 6,6 miliardi di dollari nel 2021 e il 39% dei dirigenti di servizi sanitari dichiara di star realizzando forti investimenti. Ma affinché le innovazioni possano decollare e dare un supporto decisivo alla sostenibilità è necessaria una serie di condizioni. Tanto più in un'Italia afflitta da definanziamento pubblico - la spesa pro capite a 3.391 dollari ci vede al di sotto della media Ocse e primi tra i Paesi poveri - e da una tempesta perfetta socio-demografica in cui l'invecchiamento galoppa (+1,3 milioni di over 65 tra 2010 e 2017) e stagna la natalità (1,34 figli per donna, sotto la soglia di sostituzione). Due le condizioni per uscire dall'impasse, ricordate nel memorandum: risorse certe per la sanità - che mettano uno stop alla logica delle "revisioni al ribasso" - e la progettazione di un servizio socio-sanitario nazionale che coniughi bisogni sociali e sanitari. Non solo: i Livelli essenziali di assistenza - avvisano ancora gli esperti - vanno ridisegnati sulla base di evidenze scientifiche,

principi costo-efficacia e con nuovi tariffari. E ancora, imprescindibile è il rilancio di politiche per il personale basate su una corretta programmazione dei fabbisogni. Infine, servono progetti di informazione scientifica per tutti gli utenti del servizio sanitario nazionale.

«La transizione che stiamo vivendo impone un ripensamento dell'approccio alla salute e di conseguenza all'organizzazione dell'assistenza - afferma Antonio Spera, Ad GE Healthcare Italia - . Il digitale applicato alla Sanità consente di semplificare e migliorare i servizi e di abilitare nuovi modelli di business su un orizzonte di medio-lungo periodo: la disponibilità di dati "buoni" e di informazioni permetterà di creare una completa digitalizzazione del nostro stato di salute, aprendo le porte a modelli di business altamente innovativi».

Ma ogni business richiede investimenti e gli investimenti necessitano della «certezza delle regole del mercato domestico e di incentivi», avvisa ancora GE Healthcare nel Memorandum. Come dire che il pieno dispiegarsi dell'innovazione digitale sarà possibile solo in un contesto politico-economico chiaro. E con regole snelle anche negli accordi con gli acquirenti di prodotti e servizi. La ricetta? Potenziare gli strumenti di procurement, utilizzare le nuove modalità di acquisizione di beni e servizi (PPP, concessioni, fee for use), utilizzare in modo razionale e dedicato la centralizzazione degli acquisti, puntare sulla formazione dei buyer.

L'IMPATTO

6,6 miliardi

Il mercato dell'A.I. nel 2021
Il mercato dell'intelligenza artificiale nel settore della salute - si legge nel report realizzato da Ge Healthcare - raggiungerà i 6,6 miliardi di dollari nel 2021 e il 39% dei dirigenti di servizi sanitari dichiara di star realizzando forti investimenti



Peso: 17%

LA LETTERA Un gruppo di medici e specialisti si racconta
"È ora di decidere come curarci nel prossimo futuro"

Non solo liste d'attesa: le nostre giornate tra tagli al budget ed eroismi personali

frequenti articoli relativi ai problemi del Sistema Sanitario Nazionale e alle liste d'attesa ci toccano e ci amareggiano. L'impressione è che si voglia, sottolineando i disservizi, sollevare un polverone che screditi la Sanità nel suo insieme, non distinguendo fra patologie, utenti e regioni di appartenenza. Il problema è complesso e non è certo offrendo quadri denigratori che si possono condurre i cittadini a comprendere ciò che sta succedendo negli ospedali e nel-

le varie strutture del territorio.

Le liste d'attesa e la necessità di ricorrere al privato sono l'ultima stazione di un percorso tortuoso dei 20 anni precedenti: definanziamento della Sanità, blocco del turnover e piano di rientro hanno causato riduzioni significative degli organici e squilibrio rispetto ai carichi di lavoro reali. Limitate assunzioni, aumento di contratti atipici e riduzione dei posti nelle scuole di specialità hanno compromesso il ricambio generazionale e il trasferimento delle competenze professionali.

Tra i medici, ormai di età media oltre i 50 anni, ovunque in carenza di organico e con un contratto di lavoro scaduto da oltre 10 anni, il «burnout» è frequente: carichi di lavoro in continuo aumento, innumerevoli ore di straordinario (non retribuite per contratto e non recupera-

bili per le carenze di organico), scarsa possibilità di progressione di carriera...

Ogni giorno il medico sa che potrà commettere un errore o venire accusato ingiustamente di averlo commesso. E la colpa medica in Italia, come in pochissime altre nazioni, è penale. La burocratizzazione esasperata, con crescenti oneri amministrativi e sistemi informatici lenti e complessi, rende le giornate dei medici una corsa ad ostacoli che rallenta l'attività clinica sottraendovi tempo ed energie. La nuova organizzazione della Sanità, in particolare l'aziendalizzazione e la cosiddetta svolta manageriale, hanno posto l'area clinica in un ruolo di oggettiva subordinazione, nel quale non sempre ottiene risposta ai problemi assistenziali, anche se propone istanze concrete per risolvere le criticità.

Il sistema fa sì che il giudizio sull'operato dei medici venga posto prevalentemente sulla base di criteri economici, come risparmio su prescrizioni di esami e farmaci e riduzione dei tempi di degenza. La gestione dei sempre più numerosi pazienti pluripatologici è complicata dallo stretto controllo sul budget, con i medici di base costretti a centellinare le prescrizioni per l'attenzione delle Asl al risparmio. Spesso, di conseguenza, il paziente rimbalza dal territorio agli ospedali, in particolare ai servizi di pronto soccorso. Vengono demansionati ope-

ratori, ridotti posti letto, accorpati reparti e chiusi ospedali interi. I servizi del territorio non vengono adeguatamente potenziati. E paradossalmente vi sono eccellenze misconosciute e inutilizzate.

Eppure ogni giorno tanti medici riescono ancora a garantire visite e prestazioni di elevata qualità. Grazie a professionalità e competenza, ma anche a sacrificio e dedizione; e lo stesso vale per altre figure sanitarie. Il sistema regge ancora. E vi assicuriamo che ciò che funziona bene spesso funziona bene proprio per quel «di più» di tempo, fatica e lavoro, ben oltre gli obblighi istituzionali, regalato per etica ed empatia: medici e altri operatori che si prendono cura dei pazienti al di là dell'orario, rimangono con un paziente instabile o con un collega impegnato in un'emergenza, si rendono disponibili per un colloquio, anche se è finito il turno di lavoro.

Nonostante i suoi gravi problemi noi siamo orgogliosi della nostra Sanità pubblica, che non richiede una carta di credito, che garantisce a



chiunque trapianti d'organo e tante altre prestazioni di alto costo per tecnologia o innovatività. È un lusso di cui godono poche nazioni al mondo. In alcune aree, poi, i tempi di attesa sono brevissimi, come per l'iter dei pazienti con sospetto di neoplasia tramite i «Cas» della Rete Oncologica del Piemonte. E se in altre aree vi sono liste d'attesa lunghissime, non dipende dai medici.

Pur consapevoli della necessità di utilizzare in modo razionale le risorse economiche sempre più scarse, noi siamo tra quei medici sognatori per cui il centro rimane il paziente. Difendiamo il Sistema Sanitario Nazionale, ma vorremmo migliorarlo.

Con una «spending review» competente, per ottimizzare le risorse, cancellare gli sprechi, proporzionare i carichi di lavoro; con un serio piano di assunzione di personale da motivare con mansioni coerenti, possibilità di formazione, carriera ed equa retribuzione.

Il problema delle liste d'attesa potrebbe dare il via ad una riflessione su come la comunità vuole spendere il proprio denaro per curarsi, coinvolgendo il sistema sanitario privato, in un'ottica di bilanciamento e di vera sussidiarietà. Sarebbe utile un tavolo di confronto con colleghi di altre regioni per contrastare la tendenza a screditare la Sanità, uno dei molti

meriti della nostra civiltà. Non dobbiamo dimenticare, infatti, che l'Italia è ai vertici per speranza di vita nell'Unione Europea, pur essendo al 12° posto per spesa sanitaria pro capite. —

BY-NC-ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

**Letà media
dei medici è ormai
di 50 anni e aumentano
i casi di "burnout"**

**Vengono ridotti
i posti letto
e molte eccellenze
restano inutilizzate**

Il sistema regge
per il "di più"
di impegno garantito
in nome dell'etica

I firmatari

Le «Matricole Medicina 1984»

FABIO FERRARI, *cardiologo*
EUGENIO FRANZERO, *audiologo*
PATRIZIA GAMBA, *urologo*
VALTER GIVA, *medico chirurgo - odontoiatra*
STEFANO GROSSI, *cardiologo*
CRISTINA MANDOLESI, *medico di medicina generale*
EMMA MARCHIGIANO, *chirurgo*
ANTONIO MASCIANDARO, *chirurgo*
CRISTINA MATTEODA, *diabetologo - endocrinologo*
REMO MELCHIO, *internista*
ANNA MORGANDO, *gastroenterologo*
NORA MOSELLI, *anestesista rianimatore*
ELISABETTA MUCCINELLI, *patologo clinico*
MASSIMO NAVISSANO, *chirurgo plastico*
CARLO PALENZONA, *chirurgo*
BENEDETTA PANIZZUT, *otorinolaringoiatra*
GRAZIA PAPOTTI, *internista*
GAETANO PERRINI, *ginecologo*
PAOLA PONZANI, *diabetologo - endocrinologo*
RICCARDO PRETI, *medico chirurgo - odontoiatra*
ROMOLO PROTTO, *oculista*
ROMANO RAVAZZANI, *medico di medicina generale*
DANIELA ROBOTTI, *radiologo*
RENATO ROMAGNOLI, *chirurgo*
RAFFAELLA ROMIN, *geriatra*
FABRIZIO SECCO, *chirurgo maxillo-facciale - odontoiatra*
SANDRA SEGALIARI, *anestesista rianimatore*
GIUSEPPE SGRO' ANFOSSO, *radiologo*
LUCA SGRO, *ginecologo*
SILVIA SOLDANO, *pediatra*
PAOLO SOLIDORO, *pneumologo*
LUISA SOSSO, *neurologo*
MARCO SPADA, *pediatra*
CRISTINA TARDITI, *medico di medicina generale*
ANGELO TESTA, *medico di medicina generale*
FEDERICO TURBIGLIO, *medico di medicina generale*
MONICA VALOBRA, *pneumologo*
STEFANO ZACA', *medico legale*

Post Scriptum

Questa lettera è stata scritta a molte mani. Dopo 35 anni dall'inizio dei nostri studi insieme, ci siamo ritrovati sperimentando in questo lavoro di squadra fiducia reciproca, comunanza nella visione morale della nostra professione, passione e attaccamento per il nostro lavoro.

**Chiediamo
una spending review
che gestisca le risorse
e cancelli gli sprechi**



Peso: 54%

Sanità, il tesoro che dilapidiamo

Servizi d'avanguardia e pazienti disorientati

Tanti i problemi, ma ci sono le soluzioni

Pubblichiamo la lettera di un gruppo di medici, ex compagni di università, immatricolati insieme nel 1984, in servizio in diverse aree specialistiche, sia in ambito ospedaliero sia territoriale, e nella medicina di base, a Torino e nelle vicinanze. Si tratta di chirurghi, anestesisti, cardiologi, gastroenterologi, internisti, endocrinologi, pediatri, medici di famiglia, oculisti, otorinolaringoiatri, neurologi, radiologi, ginecologi, medici di laboratorio, urologi, geriatri: la loro è una testimonianza, in presa diretta, della situazione della Sanità pubblica in Piemonte. Tanti i problemi, sempre più complessi, che richiedono soluzioni ad ampio

spettro e strategie di lungo respiro. Il documento è anche l'occasione di una riflessione su un tema-chiave per ogni cittadino e per ogni paziente con le interviste a due profondi conoscitori della Sanità: Walter Ricciardi e Giuseppe Remuzzi. —



Peso: 15%

"Lanciamo un progetto per integrare pubblico e privato"

INTERVISTA/2

«**U**n sistema sanitario nazionale sostenibile deve essere equo e libero da condizionamenti politici». A parlare è Giuseppe Remuzzi, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano, nonché autore del libro «La salute (non) è in vendita» edito da Laterza. —

Professore, quali sono i mali del sistema sanitario?

«Il sistema sanitario ha da sempre sofferto della mancanza di una governance forte, anche in quelle regioni che vengono considerate più all'avanguardia. Negli anni, inoltre, si sono accumulate

una serie di storture inaccettabili per un sistema che deve garantire il diritto alla salute di ogni malato».

Di quali si tratta?

«L'introduzione, per esempio, dell'attività privata intramoenia che i medici svolgono negli ospedali: è intollerabile che, nella stessa struttura, chi ha maggiori possibilità economiche venga curato prima e meglio di chi non le ha. Un'altra stortura riguarda l'accreditamento delle strutture private in convenzione, così come la nomina dei direttori generali - e dei primari - in base al partito di appartenenza anziché alla bravura. Ma il male più grave resta il divario tra Nord e Sud».

Quanto è grave?

«A Nord abbiamo un servizio paragonabile a quello della Svizzera e della Germania. A Sud uno simile a quello della Romania e Bulgaria».

In questo contesto quali sono i possibili scenari?

«Il rischio è perdere il nostro sistema sanitario, che è la cosa più preziosa che abbiamo. Nessun Paese al mondo ha una sanità così inclusiva, che toglie alle persone la preoccupazione economica. Se continuiamo a far avanzare il privato, però, rischiamo di perdere tutto quello che abbiamo oggi».

Che cosa possiamo fare per salvare la nostra Sanità?

«Abbiamo bisogno di creare un vero collegamento tra medici di famiglia e specialisti. Favorire il dialogo consentirà, ad esempio, di evitare esami e trattamenti inutili. Credo inoltre, che sia necessario riconoscere l'ospedale come impresa che funzioni seguendo le norme del diritto privato nella regolazione delle attività gestionali».

Con quali effetti?

«Questo serve a sottrarre le amministrazioni degli ospedali a vincoli e procedure e consente di organizzare l'attività degli ospedali pubblici, ispirandosi ai principi di effi-

cienza, tempestività e flessibilità che caratterizzano le organizzazioni private. Si potrebbe anche lanciare un progetto che integri le competenze tra privato accreditato e pubblico: il primo non si deve sostituire a secondo, ma venire in soccorso in presenza di carenze. Infine, dobbiamo fare spazio ai giovani».

Come conciliare la sostenibilità con terapie sempre più costose?

«Sposando l'etica che evita gli sprechi, quella che ci aiuta a evitare di acquistare farmaci inutili e costosi. È inoltre importante dare il giusto valore ai farmaci che ci hanno consentito di curare e a volte guarire malattie una volta considerate senza speranza. Salvo fare sempre un adeguato ragionamento sui costi-benefici, in primis rivedendo il sistema di negoziazione dei farmaci a livello europeo».

V. ARC.

© BY NC ND AL CUNI DIRITTI RISERVATI



GIUSEPPE REMUZZI
EMATOLOGO E NEFROLOGO,
È DIRETTORE DELL'ISTITUTO
DI RICERCHE FARMACOLOGICHE
MARIO NEGRI DI MILANO



Peso: 22%