



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Vertenza disabili Soluzioni in vista

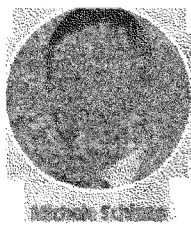
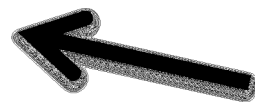
Di **ETTORE MAUTONE**

Vertenza riabilitazione: un punto di massima mediazione offerto dalla Conferenza dei capigruppo - che fa da tramite con la struttura commissariale - è rendere bidirezionale la cosiddetta osmosi per utilizzare il budget di branca sia per prestazioni domiciliari e ambulatoriali sia per quelle di ricovero residenziali e semiresidenziali e così da queste ultime a prestazioni di lungodegenza in Rsa e Hospice e viceversa. Un passaggio reso dai decreti dello scorso agosto solo ed unicamente unidirezionale (da ambulatoriali e domiciliari a residenziali e semiresidenziali e da queste a ricoveri in Rsa a dispetto degli articoli 3 e 4 del contratto. Non solo sarebbe reso disponibile nel piatto il 100 per cento del budget assegnato alla branca anziché il 95 per cento programmato con il 5 per cento riservato a consuntivo. Questi i punti di massima mediazione del tavolo regionale di trattativa che il presidente della Quinta commissione sanità dovrebbe sottoporre a stretto giro al sub commissario alla Sanità **Mario Morlacco**. Il totale della osmosi non riconosciuta rispetto ai tetti del 2012 (Decreto 86) è di €

20.997 di euro. Soldi in parte riappostati (decreto 102) due settimane fa come extra-budget ma mancano all'appello 3,729 milioni (17.268 mln riassegnati) differenza trasferita in quota parte al Socio-sanitario per Hospice (2,732 mln). Di 997 mila euro si sono completamente perse le tracce. Senza contare il fatto che il decreto 102 non contempla alcun adeguamento economico conseguente all'aumento retroattivo delle tariffe previsto dalla sentenza del Consiglio di Stato. Strada sbarrata invece all'ade-

guamento del budget disponibile in linea con l'aumento delle tariffe disposto dal Consiglio di Stato e alla osmosi tra branche affini ossia la possibilità di utilizzare il budget assegnato alla singola struttura per attività di riabilitazione e per quelle della fisioterapia.

Tutte questioni spinose che riguardano le tre macroaree della Riabilitazione, Fkt e Socio-sanitario e che l'Aspat si accinge a illustrare agli associati nella assemblea straordinaria convocata per domani mercoledì 6 novembre. "Andremo a definire - avverte **Pier Paolo Polizzi**, presidente Aspat, la linea associativa da adottare con l'analisi delle proposte e decisioni". ***



PIANO DI RIENTRO: ARRIVA Ettore CINQUE

La Regione Campania resterà commissariata sulla Sanità anche nel 2014, ma nelle intenzioni del governo nazionale forse per l'ultimo anno. Lo ha deciso il Consiglio dei ministri ridefinendo i poteri dell'attuale commissario ad acta, Stefano Caldoro, ma soprattutto nominando un nuovo sub commissario per l'attuazione del Piano di rientro. Si tratta del docente universitario **Ettore Cinque**, che affiancherà il governatore nella guida della struttura fino ad ora affidata a **Mario Morlacco**, i cui compiti e obiettivi saranno rideterminati. L'intero provvedimento assunto dal governo rappresenta una vera e propria svolta, a poche settimane dall'incontro tra il presidente della Campania e il Ministro Lorenzin, culminato nella richiesta da parte della Regione Campania di uscire dal commissariamento, come invece è accaduto per la Puglia. Lorenzin e Letta, non solo non hanno accolto l'istanza di Caldoro, ma hanno ridisegnato mission e obiettivi della struttura commissariale, puntando a migliorare la sostanza del risanamento, che non può limitarsi ad un mero riequilibrio ragionieristico dei conti. I nuovi poteri assegnati al commissario impongono a Palazzo Santa Lucia una correzione di

rotta rispetto a quanto fatto finora. Il commissario dovrà adottare i provvedimenti più idonei in tema di rimodulazione dei servizi, applicazione di misure di efficientamento coerenti con gli standard individuati sulla base del mercato compatibili con il perseguimento dell'obiettivo dell'equilibrio economico. Nella sostanza, il governo impone al commissario di accantonare i tagli lineari per entrare nel merito della azione e della organizzazione delle singole realtà territoriali, azienda per azienda, a cominciare da Napoli. Il governo, che ha adottato un analogo provvedimento anche per la Calabria, ha messo a disposizione delle strutture regionali una dotazione di 50 milioni di euro nel Fondo di rotazione per la concessione di anticipazioni alle regioni in situazione di squilibrio finanziario. E quello che sarà risparmiato dovrà anche essere reinvestito come è necessario quando si parla di Sanità.

Patto per la Salute, tappa finale Domani i governatori a Roma

Di **ETTORE MAUTONE**

Patto per la salute: è in programma domani, mercoledì 6 novembre, una nuova seduta della Conferenza dei governatori delle Regioni in seduta straordinaria monografica. La prima riunione istruttoria sul nuovo Patto per la Salute si è svolta lo scorso 30 ottobre. In quell'occasione sono state presentate all'attenzione dei governatori alcune schede di lavoro redatte dai tecnici regionali.

In totale dieci tavoli di lavoro per la definizione dell'istruttoria tecnica del nuovo Patto. Domani si inizierà a trarre la sintesi politica da portare al confronto con il Governo. A Roma ci sarà anche il presidente **Stefano Caldoro**.

I temi trattati riguardano, in maniera particolare, costi e fabbisogno standard, ospedali e carriera del personale dipendente, cure primarie e integrazione sociosanitaria, farmaci e farmacie, dispositivi medici e università, ricerca e edilizia sanitaria, piani di rientro, mobilità e tariffe. Per quanto riguarda i costi standard, Umbria, Marche ed Emilia Romagna sono le regioni di riferimento per determinare quanto devono costare le prestazioni in tutta Italia. Ma Lombardia, Toscana e Veneto non sono mai andate in rosso e si candidano anch'esse come modelli da imitare. Legati ai costi standard sono i tavoli su assistenza farmaceutica e dispositivi medici. Per la questione della spesa sanitaria, è tramontata l'ipotesi di sostituire nuovi ticket con un tet-

to a carico del paziente che sale in base al reddito Isee familiare, oltre il quale il servizio sanitario nazionale copre tutto. Sui piani di rientro, che riguardano otto Regioni, specificatamente Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia, solo la Regione Puglia, dopo la verifica di febbraio, è risultata idonea a uscire dalla procedura. Infine, per i livelli essenziali di assistenza, l'intenzione di alcune Giunte in deficit è di imitare la Regione Campania, che fa autorizzare preventivamente le cure nelle regioni limitrofe, i cui residenti pagano ticket inferiore.

Le novità

Tra le novità sotto i riflettori la proposta di abolire la dirigenza generalizzata per i medici (struttura semplice e struttura complessa) e l'assunzione di dirigenti solo per concorso,

l'ipotesi di riformare i prontoai in base al costo-beneficio e di mettere a gara i medicinali per classi terapeutiche omogenee.

Costi standard

Saranno i Livelli essenziali di assistenza, erogati con efficienza e appropriatezza, a stabilire l'ammontare del fabbisogno standard, secondo le Regioni. Fabbisogni e costi standard che dovranno essere definiti annualmente

dal ministero della Salute, di concerto con il ministero dell'Economia e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sulla base dei dati forniti dal Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis). L'ammontare dovrà poi essere suddiviso nelle classiche macroaree (prevenzione, assistenza territoriale, assistenza ospedaliera) in percentuali che, a partire dal 2014, saranno determinate annualmente sulla base degli obiettivi raggiunti dalla Regioni di riferimento. Queste ultime, però, non saranno più 5, tra le quali scegliere le 3 benchmark. Saranno infatti Regioni di riferimento tutte le Regioni che non sono in piano di rientro, che superano l'esame del Tavolo di verifica e che rispondono a una serie di indicatori di qualità, quantità, appropriatezza ed efficienza determinati per ciascuna macroarea attraverso un Dpcm, previa intesa con la Conferenza Stato Regioni. Questi standard dovranno essere raggiunti anche dalle Regioni in piano di rientro nel giro di 5 anni. Lo stesso Dpcm, peraltro, dovrà stabilire criteri di premialità per le Regioni che raggiungono gli standard. Quanto al costo standard, questo sarà applicato alla popolazione pesata regionale e determinato, per ciascuna macroarea, dalla media procapite pesata del costo registrato nelle Regioni di riferimento. A tal fine il livello di spesa sarà considerato al lordo della mobilità passiva e al netto di quella attiva extraregionale, depurato delle entrate proprie, depura-

to della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori a quelli essenziali e depurato delle quote di ammortamento che trovano ulteriori coperture. La quota percentuale per ogni Regione di riferimento non potrà comunque essere inferiore a quella già assegnata l'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione. Eventuali risparmi rimarranno a disposizione delle Regioni che li hanno ottenuti.

Farmaci e farmacie

Per i farmaci le Regioni chiedono che siano definiti, a livello nazionale, prezzi di riferimento per singole categorie terapeutiche omogenee, cioè contenenti principi attivi diversi di efficacia sovrapponibile. Dovrà dunque essere rivisto anche il Prontuario terapeutico nazionale, sulla base del criterio costo/beneficio ed efficacia terapeutica. Le gare dovranno essere effettuate in equivalenza terapeutica tra diversi principi attivi, sfruttando così l'aumento della concorrenzialità per ottenere risparmi. Per sostenere l'innovazione terapeutica a carico del Ssn, si stabilisce che l'Aifa trovi gli strumenti giusti per ve-



Stefano Caldoro

La manovra

Debiti, siglata l'intesa con il Tesoro: partono i pagamenti

Entro il 10 dicembre il saldo di molte vecchie fatture emesse da aziende e fornitori

Gerardo Ausiello

Quasi 30 milioni di euro di interessi all'anno per estinguere i vecchi debiti, dal 1988 ad oggi. I tecnici della Regione hanno firmato ieri il contratto con il Tesoro che mette in moto l'operazione dei pagamenti alle imprese da parte delle pubbliche amministrazioni campane. Il tasso di interesse, all'atto dell'operazione, è stato di 2,85. «Il più basso da quando sono iniziate le procedure del decreto 35», chiarisce Salvatore Varriale, capodipartimento delle risorse umane, finanziarie e strumentali di Palazzo Santa Lucia. A conti fatti, su quasi 600 milioni di euro di mutuo trentennale, la Regione pagherà 30 milioni all'anno. In virtù dell'accordo, i fondi saranno erogati entro una settimana. A quel punto la giunta Caldoro avrà un mese di tempo per saldare le fatture con aziende e fornitori. «Rispetteremo le scadenze, entro il 10 dicembre verranno effettuati i pagamenti» fa sapere una nota dell'ente.

In totale tra 2013 e 2014 la Campania riceverà circa 3 miliardi di euro. Di queste risorse, 1,6 miliardi spettano alla sanità. L'importo che verrà liquidato entro la fine dell'anno supera i 950 milioni. Tutto il resto sarà spalmato nel corso del 2014. Una parte di questi fondi, comunque, sono già stati anticipati da Palazzo Santa Lucia che quindi ora potrà avere maggiore liquidità in cassa. L'effetto immediato, in questo comparto, sarà il salvataggio di molte imprese, ormai a rischio fallimento. Si interverrà inoltre sul fronte dei trasporti.

Con i soldi sbloccati dall'accordo tra giunta e Tesoro, infatti, entra nel vivo l'operazione di salvataggio dell'Eav Holding (che gestisce Sepsa, Circumvesuviana e Metrocampania Nord-Est). La restante parte del tesoretto servirà a onorare vecchi impegni in altri settori, dalla scuola all'università, dal sociale alle infrastrutture ferroviarie e stradali. Ma perché si è deciso di contrarre nuovi debiti per cancellare quelli del passato? Secondo gli esperti di Palazzo Santa Lucia si pagheranno meno interessi, si darà una boccata d'ossigeno all'economia del territorio e soprattutto non si aumenteranno le addizionali Irap e Irpef (tecnicamente non esiste più il limite massimo ma le tasse in Campania restano comunque molto alte). La manovra, per la quantità di fondi messi in campo, equivale a 3,5 punti di Pil, il prodotto interno lordo. «Ma non sappiamo quello che accadrà davvero - ha spiegato Caldoro - Il nostro obiettivo, comunque, è trasformare il più possibile queste risorse in ricchezza per le imprese, i lavoratori e le famiglie».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

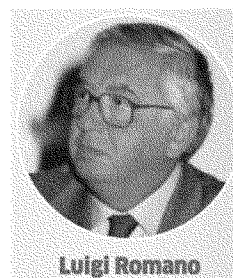
In arrivo subito
600 milioni
Per effetto
dei tassi
la giunta pagherà
30 milioni all'anno
di interessi



Gestione del sistema qualità: corso dell'Ordine dei Chimici

Il sistema di gestione per la qualità Iso 9001-2008 e il disciplinare (Cq Lab Sc) dell'Ordine dei Chimici della Campania per la certificazione dei laboratori di analisi. Sotto la lente le norme della famiglia Iso 9000 e un esame delle esperienze applicative nelle situazioni ed organizzazioni aziendali e dall'orientamento all'adeguatezza (più che alla conformità) dei sistemi gestionali. "Queste norme - avverte **Luigi Romano, presidente dell'ordine campano - rappresentano nel complesso**

un significativo passo avanti verso forme e modelli avanzati di gestione. Il corso focalizza l'attenzione sui concetti base delle Norma Iso 9001:2008 e del disciplinare per la certificazione di qualità dei laboratori di analisi elaborato ed approvato dall'Ordine dei Chimici della Campania e che specifica i requisiti generali di competenza per eseguire analisi chimiche". Il Disciplinare è destinato a tutti i laboratori interessati ad applicare un sistema di qualità nella gestione delle analisi chimiche.



Assistenza socio-assistenziale: master per direttori di struttura

Giunge alla terza edizione il master di II° livello in direzione delle Strutture sanitarie, sociali e Socio-assistenziali territoriali (hospice, Rsa, Case salute) e sui modelli organizzativi e gestionali. Con testualmente parte la seconda edizione del master di I° livello in management e coordinamento dei Servizi sanitari e sociosanitari e il primo master in direzione delle Strutture sanitarie, sociali e Socio-assistenziali territoriali. L'appuntamento è per giovedì 7 novembre 2013 alle ore 11,30, nell'aula consiglio del rettorato dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Coordinatrice del master è Gianfranca Ranisio. Il comitato scientifico e il coordinamento organizzativo dei master è affidato a **Sabrina D'Ambrosio, Antonio D'Antonio, Beatrice Fiore e Milena Fontanella**. In Campania sono solo 7 le strutture sanitarie residenziali definite Hospice già attive, (3 nella provincia di Caserta, 3 nella provincia di Salerno, 1 nella provincia di Avellino), ma il loro numero è destinato ad aumentare. Sono in corso, infatti, le procedure per la prossima apertura di altri 2 Hospice, uno nella provincia di Napoli e l'altro nella provincia di Benevento. Per tali strutture, oltre a medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, operatori socio-sanitari, personale della riabilitazione, educatori e sociologi occorrono anche figure manageriali e amministrative che richiedono una formazione specifica per la progettazione organizzativa, il controllo di gestione, la programmazione e la gestione dei bisogni assistenziali. Da qui la necessità di un master ad hoc per la gestione universitaria di queste strutture residenziali o semi-residenziali, (Hospice, Rsa, Case Salute). ●●●



ARSAN E FEDERICO II IN CAMPO PER LA FORMAZIONE

Un nuovo approccio per i malati di sclerosi multipla in Campania.

Dalla Federico II un corso basato sull'Health technology assessment.

Un problema che riguarda 57 mila persone in Italia. Più di 7 mi-

la in Campania. Ora arriva un corso ad hoc, promosso da **Maria**

Triassi direttore del dipartimento di Sanità pubblica dell'Uni-

versità Federico II, **Alessandro Filla** della Clinica neurologica

dell'Università Federico II. Obiettivo migliorare la qualità delle

cure, risparmiare ottimizzando gli interventi, appropriatezza del-

le cure, riduzione dell'erratismo sanitario e maggiore efficienza.

Il percorso formativo manageriale coinvolge l'Arsan per aderire

ai programmi operativi del piano di rientro dal deficit e coin-

volgerà le direzioni generali sanitarie e amministrative delle Asl e specialisti di varie di-

scipline. Per l'Ordine dei medici **Mario Delfino**, consigliere, segretario dell'ordine dei Me-

dici di Napoli e provincia.



Mario Delfino



Spese sanitarie, la tentazione di rinviare i costi standard

di ENRICO MARRO

Non possiamo permetterci rinvii dei costi standard nella Sanità. Come ha spiegato il ministro Beatrice Lorenzin, «stiamo parlando di miliardi di euro di risparmi». Quelli che si potrebbero recuperare eliminando gli sprechi, allineando i costi dei beni e servizi acquistati su tutto il territorio a quelli sopportati dalle Regioni più virtuose. Sono anni che si dice che non si può più pagare una siringa 4 centesimi in una Regione e 24 in un'altra. Ora bisogna procedere, come prevede la legge sul federalismo. Il governo ha individuato le 5 Regioni all'interno delle quali dovrebbero essere scelte le 3 che faranno da punto di riferimento per i costi standard e per il riparto del Fondo sanitario nazionale da 110 miliardi fra tutte le Regioni. Si tratta di Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, Umbria e Marche. Le Regioni governate dalla Lega (Lombardia, Veneto e Piemonte) vogliono applicare i nuovi criteri già al riparto del Fondo per il 2013 e minacciano, in caso contrario, l'uscita dalla Conferenza delle Regioni che si riunirà domani su questo. Le Regioni del Sud invece si oppongono e chiedono modifiche legislative per introdurre nuovi criteri di suddivisione del Fondo che tengano conto anche degli indici di povertà e perfino delle condizioni ambientali. Magari alcune di queste richieste sono fondate, ma non possono diventare una scusa per rinvii. Meglio partire e poi eventualmente fare le correzioni necessarie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



L'intesa

Riabilitazione, parte il progetto Asl-associazioni

Una vera e propria filiera disegnata sul modello Toscana Ferrante: integrare il sistema

Luigi Pisano

Una collaborazione tra Asl, Consulta comunale dei Diversamente abili, strutture riabilitative accreditate, Piani di zona ed enti locali, per garantire un efficiente e articolato sistema riabilitativo in tutta la provincia. È quanto emerso dall'incontro che avuto luogo nella sede centrale dell'Azienda Sanitaria Locale di via degli Imbimbo tra i membri della Consulta - peraltro coloro che hanno dato vita al «Nuovo Progetto Sistema Florio» - e il direttore sanitario dell'Asl, Mario Ferrante. Lo scopo è quello di creare una vera e propria filiera riabilitativa, nella quale rientrerà anche il Day Service, programma già adottato con successo in Toscana che prevede la presa in carico globale del paziente, dalla manifestazione di disabilità e per tutto l'arco della vita. Ora, come tiene a precisare Ferrante, ci saranno vari incontri con tutti i direttori dei rispettivi distretti dell'Azienda Sanitaria Locale: «In questo progetto ognuno dovrà svolgere un ruolo ben preciso: i nostri distretti, i centri riabilitativi qualificati, i Piani di Zona e i Comuni; in pratica, sono tutti tasselli importanti di un grande puzzle. Abbiamo un percorso da portare a termine, per dare risposte certe e concrete a chi ha bisogno delle terapie. Una filiera per la riabilitazione in Irpinia resta il nostro obiettivo principale. Ovviamente, con la supervisione del manager Sergio Florio». Dunque, c'è la necessità di un approccio multidisciplinare con l'integrazione di tutte le strutture, per soddisfare appieno i bisogni



Il luogo Il Centro Australia di Avellino: qui si svolgono le attività di riabilitazione; a lato, il direttore sanitario dell'Asl, Mario Ferrante

dell'utenza. «Questa Consulta - prosegue Mario Ferrante - mi ha coinvolto e come Asl metteremo a disposizione tutte le risorse disponibili, daremo una dritta sulle varie procedure cercando di rendere tutto in maniera più esplicita. L'intera riabilitazione deve avere risvolti positivi e le persone disabili devono ottenere cure appropriate, secondo il livello di gravità. I pazienti con problemi sanitari e sociali, ad esempio, devono poter far leva anche sulle strutture periferiche e i Piani di Zona dovranno fare la loro parte. Insomma, puntiamo a integrare tutto il sistema e il Day Service rappresenta una parte organizzativa dell'azienda». Un progetto rispetto al quale si mostra fiduciosa Marinella Pericolo, presidente della Consulta di Avellino: «Dobbiamo convincere tutti i distretti a ufficializzare la partenza di questo programma, importantissimo per la provincia di Avellino. Distretti che dobbiamo avere dalla nostra parte. Lavoreremo per inserirli nel nostro progetto riabilitativo. Abbiamo le potenzialità per fare qualcosa di concreto e positivo».

Appello
Marinella Pericolo, presidente della Consulta: «I distretti debbono essere dalla nostra parte»



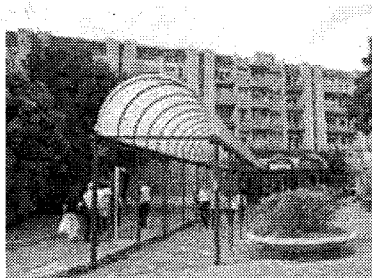
NOCERA INFERIORE - A RENDERLO NOTO IL RESPONSABILE DELL'UMBERTO I

Niente soldi, stop agli interventi chirurgici

NOCERA INFERIORE - Brusco stop agli interventi chirurgici ordinari presso l'ospedale Umberto I di Nocera Inferiore. La decisione è stata assunta dal responsabile sanitario **Maurizio D'Ambrosio**, che ha altresì ricevuto l'assenso della direzione generale dell'Asl Salerno. La decisione, ancora una volta, è frutto dello scarso budget riconosciuto al nosocomio nocerino, che non consente nemmeno il

minime degli utenti, costringendoli al sacrificio.

Il provvedimento, difatti, già



comunicata ai Direttori delle unità, comporterà sacrifici di rilievo ai danni della comunità, specie di quella consistente porzione di cittadini che incontra difficoltà negli spostamenti. Dal prossimo lunedì, dunque, all'Umberto I saranno eseguiti soltanto gli interventi chirurgici d'urgenza, quelli cioè necessari per salvare la vita del paziente in condizioni gravissime.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sant'Arsenio

Ospedale da riconvertire appello a Squillante

Pasquale Sorrentino

SANT'ARSENIO. Partire dalla storia dell'ospedale, valutare la situazione, critica, attuale e proporre un futuro migliore per la struttura sanitaria. È quanto sta cercando di fare l'amministrazione guidata da Nicola Pica.

Lo schema si evince dalla recente delibera di giunta con la quale il Comune chiede la riconversione della struttura ospedaliera che ha subito, nel periodo recente, diversi cambiamenti. L'amministrazione fornisce uno studio sulla storia del plesso e sui servizi svolti nel corso degli anni. Ma allo stesso tempo denuncia il depauperamento dello stabile e quindi propone una serie di servizi da accreditare all'ospedale santarsenese per rilanciarlo.

In seguito a uno studio della situazione sanitaria del Vallo di Diano e della Regione, il Comune tra le altre cose propone di istituire «i reparti di lungodegenza riabilitativa, di riabilitazione inten-

siva postacuta e di creare - si legge ancora nel progetto - una struttura polifunzionale per la salute al cui interno possono essere inserite ambulatori di vario tipo». Oltre a conservare servizi già in attività, numerose, poi, secondo l'amministrazione comunale, le altre attività che potrà ospitare l'ospedale di Sant'Arsenio. In base a queste valutazioni il Comune si rivolge al manager dell'Asl Squillante. «Chiediamo la convocazione di un urgente tavolo di concertazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

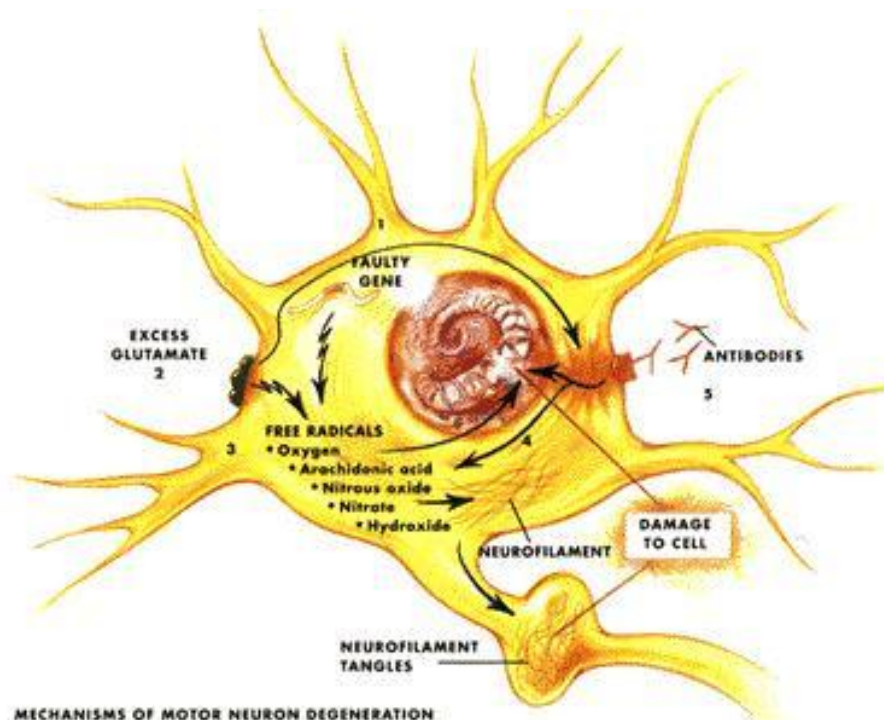


La struttura Il Comune
«L'ospedale va rilanciato»



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



La salute, le innovazioni Il delicato intervento è durato due ore: l'anziano dimesso dopo quattro giorni

Pascale, tumore al fegato operato dal chirurgo-robot

Per la prima volta nel Sud usata la sofisticata attrezzatura su un paziente oncologico

Marisa La Penna

Un tumore al fegato asportato dai bracci meccanici di un robot. Accade al Pascale. Per la prima volta nel Sud Italia un paziente oncologico è stato infatti operato con una sofisticata attrezzatura meccanica, senza l'aiuto delle mani di un chirurgo in carne e ossa.

L'intervento era finalizzato all'asportazione di un nodulo di epatocarcinoma di due centimetri e mezzo che si era annidato tra il secondo e il terzo segmento epatico. Ed è riuscito alla perfezione. L'operazione è stata effettuata all'Istituto per la cura dei tumori «Pascale» mediante l'utilizzo, appunto, del robot Da Vinci dai medici Francesco Izzo, Vittorio Albino, Maddalena Leongito e dall'anestesista Rosanna Iodice.

Sotto i bracci meccanici del robot è rimasto per due ore un uomo di settantatre anni affetto da cirrosi epatica Hcv correlata. L'intervento è perfettamente riuscito, senza complicanze né imprevisti, e il paziente è stato dimesso dopo appena quattro giorni.

Il robot da Vinci è in dotazione all'Istituto Pascale dallo scorso novembre, ma questa è la prima volta che viene usato su un paziente affetto da carcinoma primitivo del fegato. Un tumore-killer che, nel sud Italia, e soprattutto in Campania, a causa dell'endemia dell'epatite virale, ha un'incidenza di tre volte più alta rispetto al resto di Italia, con un quarantasette per cento di recidiva nei primi due anni dopo

un intervento chirurgico e con un alto tasso di mortalità.

Il robot «da Vinci» è uno strumento iper-tecnologico che consente movimenti che non sono riproducibili né con la chirurgia tradizionale e nemmeno con la laparoscopia.

Le caratteristiche fondamentali sono innanzitutto l'ingrandimento del campo operatorio dalle dieci alle quindici volte. Inoltre ha bracci meccanici che montano gli strumenti chirurgici - vale a dire pinze, forbici, aspiratori e divaricatori - e una consolle dalla quale il chirurgo, utilizzando un sistema ottico a tre dimensioni, controlla e comanda a distanza l'intervento.

La robotica affianca la laparoscopia, già utilizzata in oltre il trenta per cento dei pazienti affetti da tumore del retto e della prostata. I potenziali benefici per l'ammalato sono la riduzione del dolore, dei sanguinamenti e dei rischi di infezione delle ferite, nonché la ridotta ospedalizzazione e quindi un più rapido ritorno alle attività quotidiane.

Per i pazienti operati alla prostata il robot Da Vinci salvaguarda anche le funzioni sessuali utilizzando la tecnica nerve sparing.

Al Pascale è attivo da anni un team multidisciplinare impegnato nella ricerca di nuove strategie di cura e che ha messo a punto protocolli innovativi di integrazione tra radioterapia, chemioterapia e chirurgia. Lo scopo di questo approccio integrato è permettere la cura di pazienti che sarebbero destinati ad avere recidive locali e a distanza in un'alta percentuale di casi.

Dallo scorso febbraio, inoltre, funziona il Cyber Knife, un sistema robotizzato di radiochirurgia stereotassica, ideato nel 1997 dal neurochirurgo statunitense John Adler, professore di neurochirurgia e radioterapia presso la Stanford University.



Istituto Pascale Il professor Francesco Izzo con il robot Da Vinci

La tecnologia
I bracci meccanici montano pinze e divaricatori il medico guida e controlla da una consolle
