



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



DottNet

Ecm, via libera dalle Regioni alle nuove regole. Tutte le novità

Redazione DottNet | 06/02/2017 15:32

In 97 articoli è stata rivoluzionata la formazione dei medici: procedure più snelle e di qualità

"L'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni del nuovo Accordo ([clicca qui per leggere il testo completo](#)) che disciplina la formazione continua in medicina è un'ottima notizia per tutti i professionisti sanitari". E' il Direttore Generale di AGENAS Francesco Bevere (nella foto) a spiegarlo. "Per migliorare le performance del nostro servizio sanitario - prosegue Bevere - dobbiamo garantire una costante crescita culturale di ogni risorsa impegnata nel sistema salute. Oggi la formazione è l'arma migliore a

nostra disposizione per affrontare con successo le sfide del futuro prossimo. Il nuovo Accordo nasce dall'esigenza di dare organicità alle disposizioni del sistema ECM, puntando ad elevare il livello della qualità della formazione erogata.

Vengono chiarite ulteriormente le competenze tra Stato e Regioni, assegnando allo Stato la definizione degli standard minimi omogenei su tutto il territorio nazionale e alle Regioni l'individuazione dei requisiti ulteriori di qualità, con l'obiettivo di stimolare la competizione tra i diversi sistemi per il raggiungimento di livelli di eccellenza". L'Accordo che disciplina "La formazione continua nel settore salute" è frutto del lavoro portato avanti nell'ultimo anno dalla CNFC (Commissione nazionale per la formazione continua) con il supporto di AGENAS. Linee guida sono state la semplificazione del sistema con meno burocrazia per i professionisti e i provider e un ECM più agile per la scelta dei singoli. In questa prospettiva, il nuovo testo composto di 97 articoli, raccoglie e rende organiche tutte le regole contenute nei precedenti Accordi in materia di formazione continua.

Per i professionisti sanitari, inoltre, il disegno del nuovo Accordo prevede un capovolgimento di prospettiva in attuazione dell'art. 14 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea del 2000, con il passaggio da una visione fondata esclusivamente sull'"obbligo formativo" verso un sistema che tenga in conto i "diritti" del professionista. L'obiettivo è quello di "rimuovere gli ostacoli di ordine economico, sociale e geografico che limitano di fatto l'accesso alla formazione continua". Ulteriori novità inserite sono le previsioni in tema di conflitto di interessi - definito come "ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l'interesse primario consistente nell'obiettività, imparzialità, indipendenza della formazione professionale del settore della salute" - e le nuove indicazioni legislative in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione.

Sono 97 articoli che rivoluzionano la formazione dei medici assicurando meno burocrazia, una definizione chiara su chi deve fare cosa, uniformità su tutto il territorio nazionale dell'offerta formativa e della qualità dell'assistenza nell'interesse dei pazienti e della collettività (clicca qui per leggere il documento completo)

Le novità. Con l'Accordo, e con i "Manuali" ad hoc che completeranno l'operazione di restyling, si snelliscono procedure e si eleva la qualità della formazione, rispondendo così alle istanze di provider e professionisti. Grazie al provvedimento, saranno alleggeriti alcuni degli obblighi dei provider nelle procedure di presentazione di documenti. Mentre ci saranno nuovi criteri per l'attribuzione dei crediti agli eventi (ad esempio, un'ora di formazione potrebbe ricevere maggiore credito rispetto all'attuale se i corsi avranno un numero di partecipanti inferiore a 100).

I professionisti potranno invece fare affidamento sul "Dossier formativo", che andrà a regime con l'Accordo, e grazie la quale sarà possibile, per chi lo vorrà, transitare da una formazione basata solo sulla quantità dei crediti cumulati, a quella sulla qualità dei crediti (saranno legati alla professione, alla disciplina e alla specializzazione esercitata dal professionista). In sostanza, all'inizio di ogni triennio di formazione, il professionista potrà costruire il proprio Dossier indicando quali sono le sue specifiche necessità formative. Tutti gli eventi ai quali parteciperà saranno registrati dal sistema Cogeaps e verificati dal

professionista, che al termine del percorso, riceverà dei bonus, o meglio degli "sconti" sul numero dei crediti da totalizzare. Non solo, il Dossier sarà utile anche ai provider per capire quali sono le esigenze formative dei professionisti.

I dettagli del provvedimento. Sono due i livelli su cui si giocherà la partita, riporta Quotidiano Sanità: nazionale e regionale. Questo per assicurare omogeneità sul territorio e una chiara definizione di compiti e ambiti di azione.

La governance del sistema sarà prerogativa della Commissione nazionale Ecm (presieduta dal ministro della Salute coadiuvato dal coordinatore della Commissione salute e dal Presidente Fnomceo) e alla quale spetta il compito di determinare standard minimi di qualità e molto altro ancora. La bibbia è il "Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi Ecm" che la Commissione sta portando a termine (dovrebbe arrivare entro il mese di febbraio) e che conterrà requisiti e regole alle quali attenersi per l'accREDITAMENTO dei provider e la disciplina degli eventi formativi. A supporto del Manuale nazionale ci saranno poi i "Manuali regionali di accreditamento per l'erogazione di eventi Ecm", il

"Manuale sulla formazionale continua del professionista sanitario" e quello per "le verifiche dei provider" che dovranno sempre essere approvati dalla Commissione.

Mentre l'attuazione amministrativa sarà in capo alle Regioni e alle Province autonome che dovranno programmare la formazione continua in base alle esigenze territoriali "assicurando il raggiungimento e promuovendo il miglioramento dei livelli di qualità formativa definiti quale standard minimo a livello nazionale". Ma non solo, le Regioni potranno prevedere requisiti di accreditamento ulteriori rispetto agli standard minimi stabiliti nel "Manuale nazionale" purché "oggettivamente idonei a elevare la qualità dell'offerta formativa".

A verificare che si rispettino le regole, si saranno l'Osservatorio nazionale Ecm e un Comitato di garanzia (che potranno, tra l'altro, anche effettuare visite direttamente nel luogo di svolgimento dell'evento formativo) - oltre alla Segreteria della Commissione nazionale - che a loro volta dovranno attenersi a quanto previsto nel "Manuale delle verifiche". Anche le Regioni potranno istituire propri organi di verifica o in alternativa stipulare con Agenas accordi a titolo oneroso per lo

svolgimento di attività di verifica. Ma sempre previa l'approvazione della Commissione nazionale.

Prevista infine una Consulta nazionale che darò alla Commissione nazionale pareri non vincolanti su questioni di carattere generale.

Le violazioni sono classificate e disciplinate in "molto gravi", "gravi" e "lievi". Al provider che incapperà in violazioni molto gravi verrà revocato l'accreditamento e dovrà rimanere in stand by per due anni prima di ripresentare istanza di accreditamento provvisorio. La violazione grave comporterà la temporanea sospensione dell'accreditamento (da un minimo di 15 giorni ad un massimo di un anno in caso di più violazioni). La "pena" per la la violazione lieve si limiterà ad un ammonimento.

I crediti formativi. I criteri per determinare il numero dei crediti da attribuire ai singoli eventi formativi saranno stabiliti nel "Manuale"; il numero dei crediti che i professionisti dovranno conseguire nel triennio formativo saranno stabiliti dalla Commissione nazionale e continueranno a essere registrati in un'unica anagrafe nazionale gestita dal Cogeaps.

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Artrite reumatoide e artrite psoriasica, ecco come capire quando il paziente può sospendere i farmaci

panoramasanita.it/2017/02/06/artrite-reumatoide-e-artrite-psoriasica-ecco-come-capire-quando-il-paziente-puo-sospendere-i-f

I risultati di una ricerca svolta presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e il Policlinico A. Gemelli di Roma appena pubblicata su "Annals Rheumatic Diseases" fanno chiarezza sui segni di remissione e consentono un approccio mirato alle cure, con possibili risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Artrite reumatoide e artrite psoriasica: grazie alla ricerca di esperti della Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e della Fondazione Policlinico A. Gemelli di Roma è stato definito un modo sicuro di sospendere i farmaci biologici in modo sicuro, senza rischio di ricadute per i pazienti. "Per l'artrite reumatoide" spiega l'Università Cattolica del Sacro Cuore "si può decidere di sospendere la terapia se il paziente non presenta più i sintomi e se l'ecografia non evidenzia danni alle articolazioni. Per l'artrite psoriasica è necessario invece eseguire una biopsia della membrana interna alle articolazioni per capire se il paziente è davvero in remissione". La scoperta, resa nota sulla prestigiosa rivista *Annals Rheumatic Diseases*, è frutto della ricerca del gruppo della Unità Operativa Complessa di Reumatologia diretta da Gianfranco Ferraccioli, Ordinario di Reumatologia all'Università Cattolica e Direttore del Polo di Scienze Reumatologiche, Dermatologiche, Immuno-Allergologiche, Urologiche e Nefrologiche della Fondazione Policlinico A. Gemelli. L'Artrite Reumatoide è una malattia infiammatoria progressiva con una prevalenza dello 0.5% nella popolazione, che interessa primariamente le articolazioni e coinvolge tutti gli organi e apparati causando un aumento di morbilità e la riduzione della aspettativa di vita. Affligge più frequentemente le donne, insorgendo più spesso nella quarta-quinta decade di vita. La base della malattia è una reazione "autoimmunitaria", durante la quale cellule di difesa, i linfociti T (normalmente deputate a riconoscere ed eliminare agenti infettivi), riconoscono e generano infiammazione distruttiva diretta contro le articolazioni del paziente, nonché anticorpi (i cosiddetti autoanticorpi) patologici che attaccano a loro volta le articolazioni. L'Artrite Psoriasica, prevalenza 0,42% della popolazione, è una forma molto grave di psoriasi a interessamento articolare (il 15-30% di tutti i soggetti con psoriasi ha artrite), colpisce soprattutto mani e piedi con danni ossei e articolari oltre che dermatologici. "In un precedente studio pubblicato su *Arthritis Research Therapy (Arthritis Res Ther. 2016 Feb 3;18:39)* lo stesso gruppo di ricerca di reumatologi dell'Università Cattolica di Roma" precisa l'Ateneo "aveva dimostrato che il 60% dei pazienti diagnosticati rapidamente e portati in remissione clinica (ovvero senza sintomi) ed ecografica (cioè quando all'ecografia il paziente non presenta infiammazione) potevano sospendere senza ricadute il farmaco biologico utilizzato per controllare la malattia, con benefici non solo per il paziente stesso ma anche per le casse del Servizio Sanitario Nazionale (ricordiamo che il costo di questi farmaci si aggira intorno a 8.000-12.000 Euro a paziente per anno). Sempre in quella ricerca gli esperti dimostravano che la remissione clinica ed ecografica corrispondeva anche a una "remissione istologica del tessuto sinoviale". Ovvero le biopsie della membrana che ricopre le articolazioni in pazienti con remissione clinica non evidenziavano segni di malattia. Nel nuovo lavoro i reumatologi dell'Università Cattolica e del Policlinico A. Gemelli hanno deciso di indagare le caratteristiche del tessuto articolare dei pazienti con artrite psoriasica e di artrite reumatoide in remissione. I ricercatori hanno indagato se vi fossero differenze a livello cellulare tra pazienti con artrite reumatoide in LDA (che non sono in remissione ma presentano una malattia lievemente attiva, Low Disease Activity – LDA) e pazienti in remissione, che potessero consentire di sospendere la terapia con farmaco biologico in modo mirato e sicuro". «Il nostro gruppo (Dr. Stefano Alivernini, Dr.ssa Barbara Tolusso, Prof.ssa Elisa Gremese in particolare) ha definito che la membrana sinoviale (il tessuto che riveste l'articolazione) di pazienti con artrite reumatoide in remissione e quella di pazienti in LDA sono pressoché uguali – afferma Ferraccioli –, mentre molte delle remissioni dei

pazienti con artrite psoriasica sono 'false', nel senso che resta sempre infiammazione con vasi neoformati, il che spiega il motivo di ricadute frequenti in questi pazienti alla sospensione del farmaco biologico». «Con queste osservazioni – conclude Ferraccioli – abbiamo in mano le armi per decidere chi può sospendere le cure biologiche senza rischio di ricadute e chi non può farlo. Nell'artrite reumatoide la remissione clinica ed ecografica o la LDA sono sufficienti per dire che anche il tessuto sinoviale è in remissione; invece nella artrite psoriasica solo la biopsia sinoviale permette di definire se vi sia una 'vera' remissione. Dunque viene avvalorato in modo importante il ruolo diagnostico conclusivo della biopsia sinoviale, che il nostro centro di Reumatologia del Gemelli esegue da tanti anni, come parametro utile-necessario soprattutto nella artrite psoriasica poliarticolare ed erosiva». Il prossimo passo sarà l'identificazione del miglior biomarcatore capace di indicare, senza effettuare biopsia, la persistenza di infiammazione nell'articolazione psoriasica. «È chiaro che questo permetterà di trattare i pazienti in modo più personalizzato e verificare come si possa nel medio-lungo termine risparmiare notevoli risorse sospendendo in modo corretto e preciso i farmaci biologici in molti pazienti. La 'drug free remission' – conclude Ferraccioli – sarà la nuova frontiera».

© 2017 Panorama della Sanità. All Rights Reserved.

quotidianosanita.it

Lunedì 06 FEBBRAIO 2017

Ecm. Bevere (Agenas): "Con nuovo accordo Stato Regioni più organicità e qualità del sistema"

Semplificazione del sistema con meno burocrazia per i professionisti e i provider e un ECM più agile per la scelta dei singoli. In questa prospettiva, il nuovo testo composto di 97 articoli, raccoglie e rende organiche tutte le regole contenute nei precedenti Accordi in materia di formazione continua.

"L'approvazione da parte della [Conferenza Stato-Regioni del nuovo Accordo](#) che disciplina la formazione continua in medicina è un'ottima notizia per tutti i professionisti sanitari", così il Direttore Generale di Agenas **Francesco Bevere** a commento della recente intesa.

"Per migliorare le performance del nostro servizio sanitario – prosegue Bevere - dobbiamo garantire una costante crescita culturale di ogni risorsa impegnata nel sistema salute. Oggi la formazione è l'arma migliore a nostra disposizione per affrontare con successo le sfide del futuro prossimo. Il nuovo Accordo nasce dall'esigenza di dare organicità alle disposizioni del sistema ECM, puntando ad elevare il livello della qualità della formazione erogata. Vengono chiarite ulteriormente le competenze tra Stato e Regioni, assegnando allo Stato la definizione degli standard minimi omogenei su tutto il territorio nazionale e alle Regioni l'individuazione dei requisiti ulteriori di qualità, con l'obiettivo di stimolare la competizione tra i diversi sistemi per il raggiungimento di livelli di eccellenza".

L'Accordo che disciplina la formazione continua nel settore salute – sottolinea una nota dell'Agenas - è frutto del lavoro portato avanti nell'ultimo anno dalla CNFC (Commissione nazionale per la formazione continua) con il supporto di Agenas. Linee guida sono state la semplificazione del sistema con meno burocrazia per i professionisti e i provider e un ECM più agile per la scelta dei singoli. In questa prospettiva, il nuovo testo composto di 97 articoli, raccoglie e rende organiche tutte le regole contenute nei precedenti Accordi in materia di formazione continua.

Per i professionisti sanitari, inoltre, - scrive ancora Agenas - il disegno del nuovo Accordo prevede un capovolgimento di prospettiva in attuazione dell'art. 14 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea del 2000, con il passaggio da una visione fondata esclusivamente sull'"obbligo formativo" verso un sistema che tenga in conto i "diritti" del professionista. L'obiettivo è quello di "rimuovere gli ostacoli di ordine economico, sociale e geografico che limitano di fatto l'accesso alla formazione continua".

Ulteriori novità inserite sono le previsioni in tema di conflitto di interessi - definito come "ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l'interesse primario consistente nell'obiettività, imparzialità, indipendenza della formazione professionale del settore della salute" - e le nuove indicazioni legislative in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione.

Disagio mentale. Un metodo basato sulla parola. Su sedute aperte a parenti amici, insegnanti. Che riporta alla normalità fino all'80% dei pazienti. Intervenedo precocemente e riducendo al minimo i farmaci. Lo sperimentano otto centri italiani. Nel nome di Freud e Basaglia

E se avesse ragione lo psichiatra finlandese

AGNESE CODIGNOLA

A METÀ TRA Freud e Basaglia, e per certi aspetti oltre entrambi, arriva anche in Italia il progetto Dialogo Aperto, messo a punto in Finlandia a partire dagli anni Novanta dallo psichiatra Jaakko Seikkula. L'idea di fondo è che anche la rottura psicotica, cioè la manifestazione più grave del disagio mentale, sia essenzialmente il sintomo di un trauma che non ha trovato altri modi per essere espresso e risolto e che, per questo, diventa sempre più profondo, fino a causare la crisi. Al contrario, intervenendo in maniera molto precoce, e coinvolgendo non solo il malato, ma tutti coloro che fanno parte della sua cerchia di affetti, il disagio viene verbalizzato e affrontato. A raccontare di questo approccio è la rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* che per anni ha tradotto i lavori dello psichiatra finlandese. Spiega Chiara Maria Rossi, del dipartimento di Prevenzione di Torino: «L'approccio pone al centro la persona, chiamata a raccontare il suo vissuto e a

esprimere i suoi bisogni. E anche a invitare a far parte delle sedute i parenti, i vicini, gli insegnanti: chiunque egli consideri utile (e naturalmente voglia contribuire). Di norma la risposta è positiva, perché tutti hanno interesse ad agevolare una guarigione, e forse anche per questo i risultati sono sorprendenti: il tempo trascorso in preda a una psicosi non trattata, parametro riconosciuto a livello internazionale come indicatore della qualità del servizio proposto, si riduce da tre mesi a poco più di due settimane, il ricorso ai farmaci è drasticamente diminuito, quando non azzerato, così come lo è la necessità di ricovero, e i casi di autentica guarigione sono numerosi». Gli studi finlandesi mostrano che più dell'80% dei malati torna alla piena normalità, e le nuove diagnosi sono passate dalle 33 ogni 100.000 abitanti del 1985 a 2 nei primi anni duemila.

Per ottenere risultati di questa portata, è indispensabile un'organizzazione ad hoc che, al momento, è lontana da quella della maggior parte dei centri di salute mentale italiani, come spiega ancora Rossi: «Nel modello finlandese esiste un elemento fondamentale: la flessibilità degli operatori e del sistema in generale, indispensabile per assicurare la continuità al malato». Il gruppo di lavoro è organizzato per intervenire 24 ore

su 24, sette giorni su sette, e prevede, oltre allo psichiatra, infermieri, educatori e psicologi che diventano interlocutori stabili per il paziente. Il quale, fino dall'inizio, ha un referente unico, non necessariamente medico. In Italia questo potrebbe rappresentare uno dei punti critici, perché l'attuale assetto organizzativo non consente ancora una trasversalità dei ruoli e degli orari, molto rigidamente definiti.

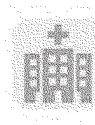
Ma se l'esperimento avrà successo, tutto potrebbe cambiare, anche perché sull'efficacia degli approcci attuali, essenzialmente farmacologici, da anni pesa più di un dubbio, e l'esigenza di terapie più soddisfacenti è prioritaria ovunque.



L'ecstasy in clinica

La Fda americana ha autorizzato la fase finale delle sperimentazioni sull'Mdma, l'ecstasy, per il trattamento del disturbo post traumatico da stress (Ptds); se tutto va come si spera, le prime formulazioni saranno disponibili solo nel 2021. Ma gli psichiatri sono soddisfatti perché da anni chiedono di poter verificare l'impiego sul cervello di sostanze vietate come l'ecstasy o i derivati dei funghi allucinogeni. Circa un malato di Ptds su tre non ha benefici né dalla psicoterapia né dagli antidepressivi e ansiolitici usati di norma in questi casi.

**C'è bisogno di un'organizzazione elastica
Con infermieri, medici e psicologi che
possono intervenire tutti i giorni h24**



In Italia

Il progetto è all'avvio in 8 centri di salute mentale: 2 a Torino, 2 a Roma, Trieste, Catania, Modena e Savona.



Il libro

A cura di Chiara Tarantino: *Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*

Cardiochirurgia. Un bisturi fatto con un raggio di ioni di carbonio. Prodotti da un acceleratore. Capaci di ripristinare il normale ritmo dei battiti. In un pugno di minuti

Colpito al cuore da un fascio di particelle

ELENA DUSI

IL CHIRURGO non c'è, e nemmeno il bisturi. Il paziente è sveglio, non sente nulla e si rialza dopo qualche minuto. Come scenario per un'operazione al cuore è piuttosto atipico. Ma se l'intervento è semplice per chi lo subisce, tutto quello che lo rende possibile è frutto della fisica più avanzata che ci sia. Se il bisturi non c'è, infatti, a operare sul cuore è un fascio di particelle: ioni di carbonio. La loro proprietà è rilasciare tutta o quasi la loro energia a una distanza ben precisa dalla sorgente. Distanza che può essere regolata in base al paziente, alla forma del suo torace e del suo cuore. A produrre gli ioni è un acceleratore che non sta proprio in tasca. Nel centro di adroterapia Cnao di Pavia (che usa gli ioni di carbonio per trattare il cancro), le particelle vengono generate da un apparecchio che si chiama sincrotrone, è lungo 80 metri e largo 25. I test sul cuore, inoltre, sono ancora al livello di animali da esperimento: per ora sono stati trattati dei maiali. «Ma le premesse ci sono tutte. Alcuni centri in Germania e negli Stati Uniti sono pronti a partire con i primi test su pazienti che non possono essere operati in modo tradizionale», spiega Marco Durante, biofisico e direttore del Tifpa (Trento Institute for Fundamental Physics and Applications), uno degli autori dell'esperimento.

I risultati di questi primi test sono stati pubblicati su *Nature Scientific Reports*. A mettere a punto il metodo è stato il Gsi Helmholtz Center for Heavy Ion Research di Darmstadt, in Germania, diretto dal fisico italiano Paolo Giubellino, proveniente dal Cern di Ginevra e affiliato all'Istituto nazionale di Fisica nucleare. «Il fascio di ioni può agire con precisione chirurgica anche in aree molto delicate dell'organismo - ha spiegato - abbiamo mosso i primi passi verso un nuovo tipo di terapia». A coordinare la parte cardiologica del test è stata la Mayo Clinic negli Stati Uniti.

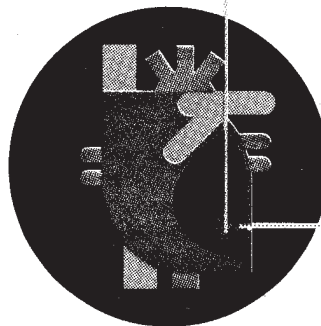
L'operazione senza bisturi servirà per trattare le aritmie. Un punto preciso del cuore, non più grande di un centimetro cubo, verrebbe irraggiato e "bruciato" per interrompere i segnali elettrici che non sono in fase con il normale ritmo dei battiti. «Attualmente - spiega Massimo Santini, past president della Società Mondiale di Aritmologia - questo intervento viene effettuato con un catetere che raggiunge il cuore. Prima la sonda esegue la mappa elettromagnetica dell'organo per individuare il punto di innesco dell'aritmia. Poi si procede all'ablazione della zona incriminata, usando le radiofre-

quenze oppure il freddo. Il nuovo metodo deve ancora migliorare, ma è una buona idea. E quando è così, le tecnologie finiscono sempre con l'arrivare».

Attualmente la precisione è di due o tre centimetri al massimo, «possiamo migliorare - spiega Durante - ma le difficoltà non sono trascurabili, se pensiamo che il nostro bersaglio si muove sia con il battito del cuore che con il respiro». Guidato dalla Pet, il "bisturi di particelle" segue il movimento del cuore, che con il paziente steso su un lettino è abbastanza regolare. E una fascia attorno al torace indica all'apparecchio quando far partire il raggio tenendo il ritmo con i polmoni: nel momento esatto in cui il respiro si ritrova in una fase ben precisa, sempre la stessa. «Essendo così preciso, il trattamento ci permette di irraggiare il cuore con dosi molto alte di particelle - continua Durante - gli ioni di carbonio acquiscono spezzando i legami chimici delle molecole biologiche, in particolare del Dna, distruggendo così il tessuto su cui sono puntati». Mentre una Tac all'organismo intero rilascia una dose di radiazioni misurabile intorno ai 10 Milligray, il bisturi invisibile è stato testato fino a dosi di 55 Gray. «Ma se gli ioni sono efficaci nella fase dell'ablazione, e comunque la loro precisione deve migliorare di molto - spiega Claudio Tondo, direttore del dipartimento di Aritmologia all'Irccs cardiologico Monzino di Milano - avremo pur sempre bisogno di uno strumento per la fase preliminare, quella della mappatura». Anche in questo campo, però, la tecnologia si sta avvicinando. «Abbiamo messo a punto - prosegue Tondo - un metodo per mappare il cuore senza cateteri, con una maglietta che ha 250 elettrodi applicati sul petto».

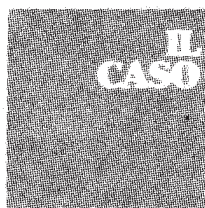
© RIPRODUZIONE RISERVATA

INTERVENTO SUL CUORE CON ARITMIA



2-3 cm
 Precisione degli interventi standard

Il bersaglio
 Cellule del cuore da dove partono impulsi elettrici anomali



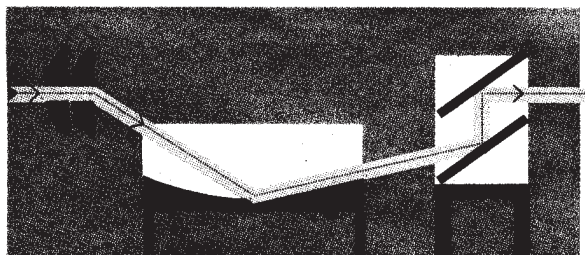
Adroni a Catania

Il cuore è solo l'ultimo arrivato. I fasci di particelle vengono infatti usati già da qualche anno per combattere i tumori. A fine gennaio è stata costruita una nuova sorgente di ioni ai Laboratori nazionali del Sud dell'Istituto nazionale di Fisica nucleare a Catania. L'apparecchio è stato battezzato Aisha (Advanced Ion Source for Hadron Therapy) e avrà comunque bisogno di tutto il 2017 per la calibrazione degli strumenti, prima di poter essere applicato ai primi pazienti. Ma da qualche anno, in Italia, sono attivi due centri a Pavia e Trento per l'applicazione di quella che viene chiamata adroterapia nella lotta contro il cancro. L'adroterapia sfrutta gli adroni (un tipo di particelle) che vengono ridotti allo stato di ioni, cioè privati dei loro elettroni, e poi sparati nei tessuti da trattare. Raggiungono il punto da colpire con una precisione grandissima. Il centro Cnao di Pavia, che usa ioni di carbonio, centra un bersaglio

da 200 micrometri (due decimi di millimetro). Maggiore è l'energia del fascio, maggiore la profondità che le particelle riescono a raggiungere nell'organismo. A Trento, anziché gli ioni di carbonio, vengono usati dei protoni. Le indicazioni per l'adroterapia sono ancora limitate, e per poter essere sparati nel tessuto malato i fasci di particelle devono essere accelerati a velocità altissime con apparecchiature enormi e complesse: i sincrotroni. Quello di Pavia è lungo 80 metri, largo 25 e usa un magnete da 100 tonnellate. È uno dei soli 4 apparecchi in Europa a usare ioni di carbonio.

CRIPRODUZIONE RISERVATA

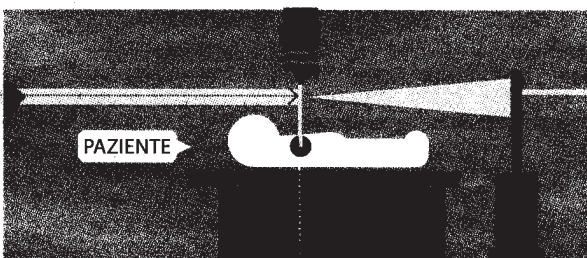
SALA OTTICA



Si utilizza una serie di sistemi ottici per filtrare e mettere a fuoco la luce che rilascia rapidamente energia a una distanza stabilita dagli scienziati

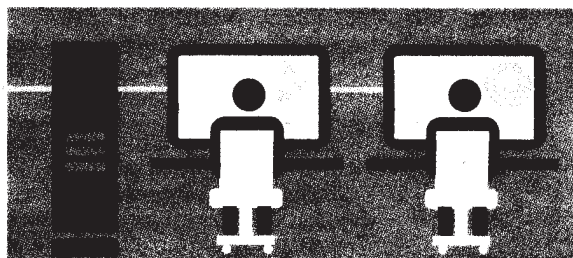
FONTE CNAO / ELETTRA SINCROTRONE TRIESTE / PUBBLIOES

SALA DI TRATTAMENTO



Il raggio viene puntato sul paziente in trattamento. L'energia che si perde viene assorbita dai tessuti del cuore che si distruggono

SALA DI CONTROLLO

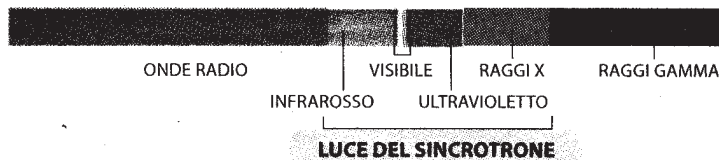


Sorveglianza continua del trattamento per seguire eventuali movimenti del corpo del paziente, come il respiro, che possono cambiare la posizione del bersaglio

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

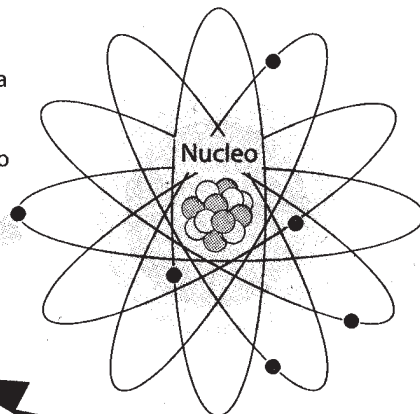
IL SINCROTRONE

È l'apparecchio che genera il fascio di particelle capace di agire con precisione chirurgica per trattare aree molto delicate dell'organismo



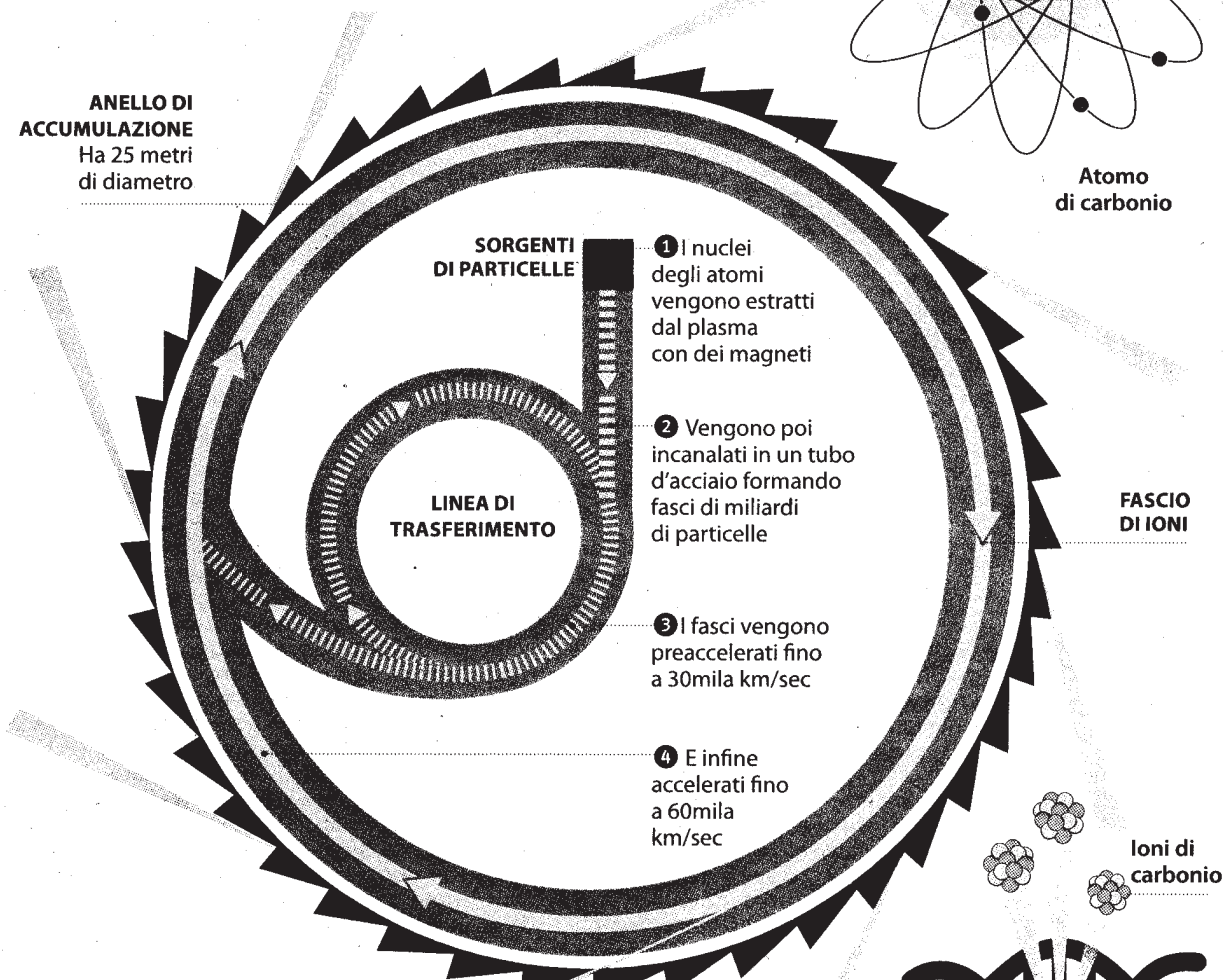
COME FUNZIONA ● PROTONE ○ NEUTRONE ● ELETTRONE

Nelle sorgenti del sincrotrone si trova il plasma formato dagli atomi dei gas, che hanno perso gli elettroni



Atomo di carbonio

ANELLO DI ACCUMULAZIONE
 Ha 25 metri di diametro



SORGENTI DI PARTICELLE

1 I nuclei degli atomi vengono estratti dal plasma con dei magneti

2 Vengono poi incanalati in un tubo d'acciaio formando fasci di miliardi di particelle

3 I fasci vengono preaccelerati fino a 30mila km/sec

4 E infine accelerati fino a 60mila km/sec

FASCIO DI IONI

Ioni di carbonio



Gli ioni di carbonio riescono a spezzare le molecole delle cellule

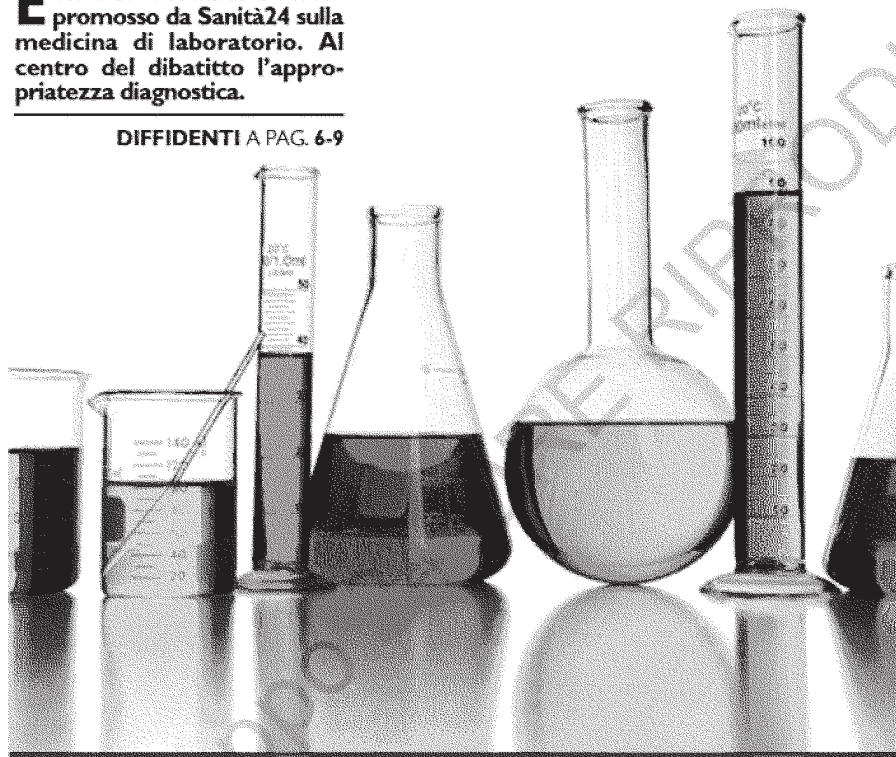
SALE DI SPERIMENTAZIONE E TRATTAMENTO
 Qui si lavora con le "linee di luce" in ambito medico e sperimentale

5 I fasci vengono deviati verso le diverse sale sotto forma di luce

Appropriatezza in laboratorio

È tornato a riunirsi il tavolo promosso da Sanità24 sulla medicina di laboratorio. Al centro del dibattito l'appropriatezza diagnostica.

DIFFIDENTI A PAG. 6-9



APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA/ Il dibattito al secondo tavolo del «Sole-24 Ore Sanità»

Focus medicina di laboratorio

Più innovazione e competenze in rete per garantire la sostenibilità

DI ERNESTO DIFFIDENTI

Non si può curare il sistema sanitario nazionale con la calcolatrice, figuriamoci i pazienti. Nell'era della spending review l'appropriatezza, intesa come taglio lineare di tutte le prestazioni, è stata l'ennesima "tegola" che ha determinato una «decescita» degli esami di laboratorio che negli ultimi 12 mesi hanno viaggiato in controtendenza rispetto agli altri comparti della salute. Eppure, è emerso nel corso del secondo tavolo di incontro riunito da Il Sole 24 Ore-Sanità "La medicina di laboratorio: un valore per la salute italiana", gli esami clinici sono fondamentali per il medico. Pesano poco sulle casse del Ssn (non arrivano al 2% della spesa complessiva) rap-

presentando, però, la base di circa il 70% delle diagnosi.

Ciò non toglie, tuttavia, che il percorso possa essere reso più virtuoso: gli stessi soldi, per esempio, potrebbero essere spesi meglio magari riversandoli sugli esami più innovativi. E anche i laboratori dovrebbero proseguire con più celerità sulla strada dell'integrazione. Ma il vero problema, hanno sottolineato i partecipanti al tavolo di Assodiagnostici-Assobiomedica, Fismelab, Fare, Tribunale per i diritti del malato, Aiic e Snamid, sono le scelte politiche a monte che legano le mani ai medici - e dunque frenano la qualità del servizio ai pazienti - non riuscendo comunque ad arginare le ricar-

dute economiche degli esami non solo inappropriati ma, spesso, anche anacronistici.

«Un nomenclatore che non debba attendere 20 anni per essere aggiornato ma costantemente rivisto da professionisti indicati dalle società scientifiche di competenza, e non da una Commissione calata dall'alto - sottolinea Pierangelo Clerici, presidente Federazione italiana Società scientifiche di medicina di laboratorio (Fismelab) - potrebbe risultare un utile strumento per il controllo, e non necessariamente la riduzione, della spesa senza dover intervenire in maniera improvvida come accadde nel dicembre 2015 con il famigerato decreto-appropriatezza succes-

sivamente ritirato».

Secondo Clerici sono tre le fasi del percorso diagnostico-terapeutico: l'appropriatezza prescrittiva, l'appropriatezza analitica e quella diagnostica. Ovviamente, spiega, «ognuna di queste fasi ha come protagonista e decisore del sistema il professionista delle discipline di medicina di laboratorio». Su questo punto, tutti d'accordo

al tavolo dei lavori: senza mettere in rete le conoscenze di tutti i professionisti non si può realizzare un sistema efficiente e moderno.

«L'appropriatezza prescrittiva - rileva Clerici - prevede per il medico prescrivere un confronto costante e diretto con il collega di laboratorio al fine di costruire protocolli diagnostici che abbiano riscontri con le migliori opportunità che il laboratorio stesso può offrire in termini di indagini. Sicuramente il medico ospedaliero è più facilitato in questo rispetto al medico di medicina o generale o al pediatra di libera scelta dove l'imposizione di un nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali li costringe a operare in assoluto ossequio alla burocrazia senza avere la possibilità di plasmare un setting diagnostico come la medicina personalizzata o di precisione richiederebbe».

L'appropriatezza analitica è parte fondamentale dello status del professionista di laboratorio. «La ricerca di sempre migliori tecnologie e di possibili nuovi test diagnostici confortati da evidenze scientifiche, e non contemplando più test obsoleti - aggiunge Clerici - non deve essere intesa semplicemente come un possibile incremento di costi o una modalità di esibizionismo techno-professionale "all'ultimo grido" ma anche come un sistema utile a organizzare le risorse in maniera congrua e non disperdere tecnologie ma concentrandole secondo logiche di efficienza, expertise e caratteristiche epidemiologiche al fine di costruire un percorso virtuoso e mirato al paziente».

Insomma, l'appropriatezza non deve avere solo un valore economico ma anche etico. Anche perché non si può pensare di garantire diagnostiche a due/tre/quattro velocità secondo la localizzazione dei laboratori. «L'Italia, seppur dotata di sistemi sanitari regionali - spiega Clerici - deve essere egualitaria nell'offerta di test con una corretta logica di prossimità non esasperata al singolo campanile». L'appropriatezza diagnostica, infine, ossia l'analisi dell'outcome clinico. «Solo a fronte

di un costante confronto tra il medico curante e il professionista di Laboratorio - sottolinea - possiamo comprendere se il mantra "fare il test giusto, al paziente giusto, al momento giusto e con il professionista giusto" porti ai risultati attesi dai percorsi diagnostico-terapeutici considerati o eventualmente a loro correzioni. Se il sistema salute, con al centro il paziente, è orientato alla medicina personalizzata o di precisione, non si può assolutamente prescindere dall'appropriatezza in una visione olistica della stessa e quindi dal coinvolgimento indispensabile degli specialisti delle discipline di medicina di laboratorio».

In questo quadro anche l'industria è pronta ad offrire il suo contributo per recuperare efficienza e, dunque, assicurare risparmi. Ma auspica un cambio di paradigma.

«L'appropriatezza nella diagnostica in vitro - dice **Massimiliano Boggetti**, presidente di Assodiagnostici-Assobiomedica - viene troppo spesso considerata solo come un taglio lineare dei test eseguiti, processo a cui si opporrebbe un'industria apparentemente interessata solo alle vendite e al profitto. In realtà se il test non viene usato in maniera corretta, ovvero non porta outcome sul paziente, per l'impresa non c'è valore». E un'industria che non porta valore non può di fatto esistere. Per Boggetti, dunque, appropriatezza significa "fare i test giusti", che vuol dire poter scegliere innovazione tecnologica e test con marcatori di nuova generazione quando servono. Per questo Assodiagnostici propone di coinvolgere le società scientifiche nella definizione di linee guida che individuino gli esami appropriati e più in generale suggeriscano come trattare il paziente per specifica patologia, «invece di ricercare l'appropriatezza con l'introduzione di norme volte alla mera riduzione delle prescrizioni, vincolando di fatto le scelte dei clinici nella gestione del paziente».

«In questo modo - assicura Boggetti - tutti avrebbero a disposizione delle linee d'indirizzo condivise e aggiornate dagli specialisti e dalle istituzioni. Mentre il ministero e le società scien-

tifiche potrebbero farsi carico della formazione ai medici di queste linee guida, attività fondamentale per l'appropriatezza, e di un percorso di verifica della loro corretta applicazione».

Secondo Boggetti gli indicatori dell'appropriatezza dovrebbero essere la salute del cittadino che afferisce a determinati bacini ospedalieri e territoriali rispetto alle risorse spese. «Le tecnologie e l'innovazione - sostiene - potrebbero essere così recepite in modo tempestivo e valutate secondo un percorso strutturato di Health Technology Assessment (Hta)». Insomma, l'inappropriatezza non è solo quella prescrittiva, «ma anche la standardizzazione nell'acquisto di tecnologie senza valorizzare quelle innovazioni che stanno rivoluzionando la medicina moderna e fondando le basi per la futura "medicina personalizzata". Finché si rinnega il valore dell'innovazione tecnologica, considerandola solo come un costo, si tende a non rinnovare la Sanità con il rischio che solo pochi cittadini possano beneficiare delle tecnologie che oggi l'industria rende disponibile».

Appropriatezza e sostenibilità, dunque, sono due termini che vanno accoppiati con molta attenzione in sanità soprattutto se si attribuisce al primo un significato meramente economico. «Una lettura da "clinico" - evidenzia **Roberto Stella**, presidente della Società nazionale di aggiornamento per il medico di medicina generale (Snamid) - non può non evidenziare quali siano gli interventi che, certamente appropriati, non sono direttamente collegati ad un risparmio di spesa almeno nel breve termine. Applicazione puntuale delle linee guida, interventi di prevenzione primaria e secondaria, medicina d'iniziativa e diagnosi precoce nei soggetti a rischio, gestione del paziente cronico pluripatologico, sono solo alcuni esempi di appropriata applicazione della cura della persona e di una corretta interpretazione del concetto di salute».

La diagnostica di laboratorio svolge un ruolo fondamentale in tutti questi ambiti che, secondo Stella possono certamente aumentare la spesa sanitaria nell'immedia-

to, ma diventano fonte di risparmio in una proiezione a lungo termine. «Non va trascurato poi - aggiunge il presidente Snamid - che perseguire l'appropriatezza attraverso tagli di spesa lineari, limitazioni della diagnostica, sanzioni ai prescrittori, mal si concilia con il concetto di equità di accesso alle cure e di autonomia di medici e pazienti nel percorso clinico assistenziale».

Allora, come fare appropriatezza? «Probabilmente costruendo un percorso virtuoso - dice Stella - che comprende formazione, miglioramento delle competenze, acquisizione di responsabilità, rispetto dei principi etici, forte relazione medico-paziente, coinvolgimento partecipato di istituzioni, professionisti e cittadini nelle scelte e nelle decisioni».

Nella filiera dell'appropriatezza della medicina di laboratorio, inoltre, appare fondamentale non solo l'apporto dei clinici, ma risultano determinanti anche le figure che gestiscono le procedure d'acquisto. Ne è convinto **Claudio Amoroso**, del direttivo Fare-Federazione delle associazioni regionali economisti e provveditori della sanità, secondo cui «l'appropriatezza rappresenta un sistema clinico organizzativo alla cui efficienza concorrono anche la gestione delle procedure di gara e dei controlli di sostenibilità, nonché l'evoluzione e l'adeguamento normativo». Attraverso questi percorsi è possibile garantire l'equità del servizio, la qualità e la sostenibilità dei processi, nonché la costruzione di un modello di governance appropriato ed efficace. «Impostare un capitolato tecnico e scegliere una procedura di gara in termini non esattamente corretti e coerenti con la normativa - spiega Amoroso - con le linee guida e con le buone

pratiche di laboratorio, può rappresentare un elemento di inappropriata che si ripercuoterà sicuramente sulla prestazione sanitaria finale. Ecco quindi che al Responsabile unico del procedimento di gara viene richiesto di interpretare, oltre ai compiti specifici della professione, quel nuovo ruolo di project manager attraverso la pianificazione e la gestione dello sviluppo di specifici progetti con il coordinamento di tutte le risorse a disposizione e gli interventi finalizzati ad assicurare l'unitarietà dell'intervento, il raggiungimento degli obiettivi nei tempi e nei costi previsti, la qualità della prestazione e il controllo dei rischi».

Non c'è dubbio che il sistema abbia ancora bisogno di una vigorosa messa a punto. Perché alla fine a determinare la scelta è solo il prezzo finale.

Dal canto suo **Tonino Aceti**, coordinatore nazionale Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, si domanda chi sia a decidere nel nostro Paese ciò che è appropriato in sanità «La

«Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale» - analizza Aceti - è il soggetto a ciò preposto, ma purtroppo ad oggi ha scelto di escludere ogni forma di coinvolgimento e partecipazione delle organizzazioni di cittadini e pazienti, che invece sull'inappropriatezza di alcune prestazioni e sul tema di «ciò che serve e cosa no» possono contribuire in modo significativo portando le proprie evidenze ed esperienze».

La componente civica è, dunque, «la grande assente» di questa importante Commissione. «Si tratta di un grave gap che va colmato subito - auspica Aceti - soprattutto per superare le distorsioni del concetto di appropriatezza sperimentate dai cittadini attraverso gli effetti ad esempio del cosiddetto «Decreto Appropriatezza»».

Accade infatti che l'appropriatezza clinica venga piegata al raggiungimento dell'appropriatezza economica-amministrativa, quindi mero esercizio di compatibilità economica. Con l'effetto

di perdere di vista anche uno degli aspetti della vera appropriatezza che è la personalizzazione degli interventi di cura».

E un ruolo primario per un sistema appropriato e di qualità spetta agli ingegneri clinici, una figura che sta prendendo piede negli ospedali e nelle aziende sanitarie. «Il contributo degli ingegneri clinici - spiega **Liliana De Vivo**, dell'Associazione italiana ingegneri clinici (Aiic) in forza al Bambino Gesù di Roma - può risultare fondamentale nel gioco di squadra che ormai deve contraddistinguere ogni processo innovativo virtuoso in sanità». Si parte dalla fase preliminare all'acquisto, «spaziando dalle più semplici valutazioni tecniche ai più complessi processi di Health Technology Assessment, il cui risultato deve garantire l'individuazione della tecnologia più adatta alla specifica esigenza espressa, così da ottimizzare le risorse a disposizione in ottica, appunto, di appropriatezza diagnostica». Si passa quindi alla fase di gestione delle tecnologie, «la cui complessità è oggi, per la medicina di laborato-

rio, paragonabile a quella dei grandi impianti radiologici e delle moderne sale operatorie integrate, non solo per le caratteristiche proprie delle apparecchiature ma anche per la complessità di correlati importanti aspetti impiantistici, informatici e di automazione. Ciò, ancora una volta, avendo come obiettivo l'appropriatezza diagnostica.

«In ogni fase della vita delle tecnologie biomediche conclude De Vivo - l'ingegnere clinico si pone quale «mediatore culturale» al fianco del comparto sanitario, partecipando alla cura della salute e garantendo con il proprio supporto un uso sicuro, economico e appropriato delle tecnologie biomediche».



ASSODIAGNOSTICI

Prevenzione e analisi più tempestive con il via libera a linee guida nazionali

La diagnostica di laboratorio contribuisce a fornire più del 70% delle decisioni cliniche permettendo ai medici di definire diagnosi e cure in modo efficace e tempestivo. Abbraccia dunque quel vasto campo che partendo dall'analisi del sangue e degli altri liquidi biologici è fondamentale nello screening per il cancro, nell'autotest di gravidanza, nel monitoraggio giornaliero della glicemia, nelle complesse analisi genetiche e nell'intervento tempestivo in medicina di emergenza urgenza, come ad esempio il dosaggio rapido per l'infarto. Per questo quando parliamo di appropriatezza in diagnostica in vitro consideriamo un terreno così vasto che tocca ambiti molto delicati: la definizione della diagnosi del paziente, la sua terapia e la relativa responsabilità del medico nell'individuazione della patologia e del percorso di cura. Ridurre quindi il tema dell'appropriatezza a sinonimo di risparmio significa non solo banalizzare questo concetto, ma interpretarlo in modo errato. Appropriatezza non è "fare meno test", ma è "fare i test giusti", che vuol dire anche poter scegliere test con marcatori di nuova generazione, se necessario.

Purtroppo invece oggi i cittadini non solo non si curano più, ma non sono nemmeno informati sulle diverse innovazioni esistenti per la diagnostica, la prevenzione e la cura della propria salute. Il servizio sanitario dovrebbe invece giocare un ruolo importante nell'assicurare l'innovazione e le migliori tecnologie a beneficio dei pazienti e della loro qualità di vita. Siamo convinti che la scelta delle tecnologie più innovative

sia parte integrante del processo di appropriatezza e che questo approccio garantisca una migliore gestione del paziente, ma anche una strutturale - non solo contingente - riduzione dei costi. In questo processo le società scientifiche devono svolgere un ruolo centrale, facendosi promotrici della definizione di linee guida nazionali e internazionali, che individuino gli esami appropriati e più in generale suggeriscano come trattare il paziente per specifica patologia. In questo modo sia il clinico, specialista o medico di medicina generale, che il laboratorista avrebbero a disposizione delle linee d'indirizzo per singola patologia, definite, aggiornate e divulgate dalle società scientifiche, dal ministero della Salute e dall'Istituto superiore di Sanità, senza essere vincolanti e coercitive. Infine, il ministero e le società scientifiche tutte devono farsi parte diligente in un percorso di verifica della loro corretta applicazione. Le tecnologie e l'innovazione verrebbero così recepite in modo tempestivo secondo un percorso strutturato di Health technology assessment (Hta), garantendo l'appropriatezza diagnostica in una visione più ampia non per singola branca diagnostica, ma per area patologica.

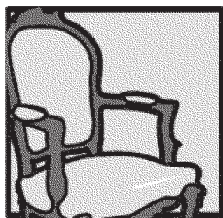
Un approccio che consideri la patologia nel suo insieme permetterebbe di introdurre modelli di prevenzione e diagnostica tempestiva, che in certe aree rappresentano un investimento in grado di generare miglioramento non solo dal punto di vista del paziente, ma anche di efficienza nella gestione e nel trattamento della

patologia. L'innovazione tecnologica in questo settore permette oggi di avere esami sempre più precisi e meno invasivi con risposte più rapide, ma anche di disporre di una serie di test predittivi delle più diverse patologie, che generano risparmi nella gestione della patologia e del paziente stesso. Per questo è fondamentale che il nomenclatore tariffario venga aggiornato non ogni 20 anni, ma seguendo i tempi dell'innovazione tecnologica e contribuendo alla scelta di prestazioni appropriate rispetto ad altre ormai obsolete.

Ci auguriamo dunque che non si cerchi di ottenere l'appropriatezza con l'introduzione di provvedimenti normativi che mirino alla mera riduzione del numero di test, vincolando di fatto le scelte dei clinici nella gestione del paziente. Il medico deve poter decidere la prescrizione più appropriata per il paziente, suggerita dalle linee guida delle società scientifiche, per una scelta più consapevole dell'iter terapeutico, ma gli va lasciata discrezionalità diagnostica secondo i principi di libertà, che regolano e nobilitano da millenni la pratica medica.

Massimiliano Boggetti
Assodiagnostica (Assobiomedica)





Corte dei conti, sì al Dpcm - Manovra 2017: chi paga i 420 mln di Regioni e Pa speciali?

I Lea approdano in Gazzetta

Regioni divise sui tagli da 3,9mld - Il Tdm: «No a ricadute sul welfare»

I Lea incassano la registrazione della Corte dei conti e dunque la pubblicazione sulla Gazzetta. Ma intanto si registra una nuova spaccatura tra le Regioni: nulla di fatto in Conferenza dei presidenti della settimana scorsa sull'Intesa che deve definire il taglio di 3,9 miliardi, contributo alla finanza pubblica per il 2017, chiesto dalla legge di Stabilità 2016. Impossibile, al momento, sciogliere il nodo ulteriore posto dalle Regioni e Province autonome, che non hanno intenzione di versare il loro "obolo" di 420 milioni.

Una patata bollente che le amministrazioni "ordinarie" si guardano bene dal raccogliere, anche davanti al rischio concreto di dover metter mano alle voci sanità e welfare. Questione di antichi dissapori con le (troppo) speciali cugine.

E allora? Allora si lavorerà a suon di diplomazie e di incontri. Le Regioni autonome e speciali devono vedere il Governo - il Mef preme per una risposta - con cui si cercherà una mediazione.

Trattative con il Governo

A lanciare l'allarme sul rischio di una ricaduta negativa sui conti della salute - che non sarebbe tra le voci direttamente coinvolte dai tagli da quasi 4 miliardi - erano stati il Tdm-Cittadinanzattiva e il portale Sanità24. «Nel corso della programmata Conferenza delle Regioni e Province autonome le Regioni - spiegavano alla vigilia della riunione le associazioni di tutela dei cittadini e dei pazienti - dovranno decidere come garantire il loro contributo alla finanza pubblica per il 2017, previsto dalla legge di Stabilità 2016 e dall'Intesa Stato-Regioni di febbraio 2016, ma sembrerebbero ancora mancare all'appello circa 420 milioni di euro. Il rischio concreto è che si decida di prenderli ancora una volta dalle risorse per il Ssn, tagliando nuovamente il Fondo sanitario nazionale.

Giù le mani dai Lea. «Chiediamo a tutte le Regioni e al Governo - questo l'appello di **Tonino Aceti**, coordinatore nazionale del Tdm - di scongiurare questa possibilità, poiché togliere 420 milioni al Ssn, vuol dire praticamente mandare in soffitta i nuovi Lea prima ancora della loro pubblicazione in Gazzetta Ufficiale o che alla prima revisione prevista per il 28 febbraio ci sia una riduzione delle prestazioni che saranno garantite ai cittadini. «Confidiamo nel Governo e nelle Regioni - conclude Aceti - affinché facciano fronte comune per investire nel Servizio sanitario che è bene comune, conquista irrinunciabile per i cittadini e strumento per garantire la democrazia nel nostro Paese».

Benché praticamente si sia già "sotto elezioni" - non sarebbe facile a chichessia usare ancora il salvadanaio (vuoto) del Ssn - l'allarme del Tdm-Cittadinanzattiva ci sta tutto".

Meglio mettere le mani avanti, non si sa mai.

Red.San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA