



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Riordino laboratori al palo Tariffe giù del 40%: Pmi a rischio

Di **ETTORE MAUTONE**

No alla retroattività delle nuove tariffe e pollice verso al mancato riordino della rete con accorpamenti e consorzi tra strutture per abbattere i costi e rendere sostenibili i tagli. Associazioni di categoria della specialistica ambulatoriale pronte a dare battaglia sulla decisione della Regione di anticipare i tempi sull'adozione del nuovo nomenclatore tariffario dettato dal ministero della Salute. I tagli alle tariffe ammontano fino al 40 per cento. In attesa che si pronunci il Tar Campania e il Tar Lazio - adito dalle associazioni di categoria delle imprese del settore - sulla legittimità rispettivamente del provvedimento ministeriale e del decreto di recepimento regionale - resta alto l'allarme per il destino di circa mille laboratori della Campania. Nel mirino dei ricorrenti la retroattività della norma) che apporterebbe i tagli a partire dallo scorso febbraio) e soprattutto il mancato riordino della rete erogativa propedeutica ai tagli tariffari e conditio sine qua non per consentire, attraverso la realizzazione di consorzi e strutture in rete, le economie di scala indispensabili per consentire la sopravvivenza delle strutture erogatrici. Una previsione, quella del riordino delle rete per adottare le nuove tariffe, inserita a chiare lettere nello stesso decreto ministeriale.

Una norma da modificare

"Se la norma non sarà modificata e se la Regione non adotta in tempi rapidissimi le ipotesi di riordino che abbiamo proposto ai tavoli regionali - avverte **Pier Paolo Polizzi**, presidente dell'Aspat Campania - è fatale che la quasi totalità dei laboratori di analisi oggi esistenti sarà costretta alla totale chiusura. Anche i centri di maggiori dimensioni e di maggiore complessità, infatti, non possono sostenere i tagli previsti dal nuovo nomenclatore a meno che non si dia corso al riordino peraltro previsto dalle leggi".

Il decreto della discordia

Il decreto commissariale nel mirino è il n. 32 del 27 marzo scorso con cui la Regione ha recepito pedissequamente il Tariffario nazionale (decreto ministeriale del 18 ottobre 2012). "Purtroppo, la Regione non si è minimamente preoccupata di valutare la possibilità - aggiunge **Vincenzo D'Anna** presidente di Federlab Italia - magari con una istruttoria adeguata, tra l'altro richiesta espressamen-



GLI OBIETTIVI DEL PIANO DA ATTUARE

- Dismissione dei laboratori a bassa produzione
- Adeguamento delle strutture agli standard previsti con centralizzazione e consolidamento delle funzioni di base, complesse e specialistiche
- Rideterminazione dei laboratori (fabbisogno)
- Centralizzazione delle attività analitiche specialistiche ad alta complessità
- Miglioramento e qualificazione dell'accessibilità e degli assetti organizzativi garantendo agli utenti in ogni zona territoriale dell'Asl adeguato trattamento e stesse opportunità attraverso una attenta modulazione della dislocazione territoriale degli ambulatori anche mediante la trasformazione o l'attivazione di punti prelievo e consegna referti

te dal Decreto ministeriale, di effettuare modifiche alle Tariffe nazionali in ragione della specifica normativa regionale vigente relativa ai requisiti organizzativi, tecnologici e di personale dettati dalla delibera 491 del 2006".

"La gravità di del nuovo tariffario regionale

- spiega ancora D'Anna - emerge non solo da tutti i profili di illegittimità evidenziati nel ricorso che abbiamo promosso contro il tariffario nazionale, ma anche da ulteriori autonomi profili, anche in considerazione della normativa regionale che disciplina l'erogazione delle prestazioni". ●●●

LA BOZZA DEL DECRETO AL VAGLIO DI MORLACCO

Il nodo da sciogliere è il riordino della attuale rete di laboratori. La bozza della nuova offerta erogativa, da mesi all'attenzione della struttura commissariale, prevede che tutti i centri privati accreditati con il Servizio sanitario regionale, che producono meno di 100 mila prestazioni annue (ossia 500 mila euro di fatturato) optino per forme di aggregazione non ancora definite. Ad opporsi all'ipotesi che i laboratori più piccoli diventino semplici centri prelievi c'è l'Aspat che ha proposto invece consorzi tra imprese con percentuali di società proporzionali al fatturato. Il problema è che il punto di sopravvivenza dell'impresa, con l'attuale nomenclatore, viene spostato da 78 mila a 176 mila prestazioni. E qui, la radiografia della situazione è affidata alla fredda logica dei numeri: in totale, su 680 laboratori solo 73 superano le 100 mila analisi annue e di questi solo 7 sono oltre la soglia di remuneratività. Ma se il riordino delle rete non sarà attuata è anche peggio, in quanto la totalità delle strutture non sarebbe in grado di sostenere i tagli alle tariffe di rimborso delle prestazioni erogate. Intanto le associazioni di categoria seguono strade diverse per sbarrare il passo al nuovo nomenclatore: l'Anisap e la Federlab hanno posto la questione di incostituzionalità della norma presentando un doppio ricorso al Tar Roma andando alla fonte primaria della norma. L'Aspat, invece, ha presentato un ricorso al Tar regionale fissando l'illegittimità della norma nel mancato riordino della rete dei laboratori.

Mutano i piccoli centri Ecco i punti prelievo

La rete dei laboratori privati in Campania si caratterizza per un numero eccessivo di strutture attualmente poste al di sotto della soglia minima di complessità. Un nanismo dei centri da un lato penalizza la complessità organizzativa e tecnologica capace di abbattere i costi grazie alle economie di scala dall'altra assicura una capillare copertura territoriale a vantaggio dell'utenza anziana e fragile. Il piano nazionale e regionale di riordino parte dall'obiettivo di abbattere i costi di gestione. La premessa è che il raggiungimento di un'adeguata massa critica di esami di laboratorio consente di migliorare la qualità delle prestazioni. La massa critica prestazionale, quindi, è fondamentale, per riassorbire diseconomie e migliorare l'affidabilità qualitativa delle prestazioni. "Un numero basso di esami - è scritto nella bozza del documento regionale che anticipiamo in esclusiva - non consente di adottare tecnologie automatizzate avanzate le quali sarebbero meno influenzate dalla manualità, che fa aumentare il rischio pre e post analitico (identificazione e rintracciabilità del campione)".

Il modello di rete e i laboratori service

Il modello di rete per il riordino prevede la concentrazione della fase analitica del processo di erogazione della prestazione, relativo ad un potenziale di domanda servito da uno specifico insieme di strutture accreditate operanti nell'ambito territoriale di una stessa Asl, presso uno dei laboratori partecipanti alla rete (laboratorio service) il quale potrà eventualmente dislocare gli spazi ad essa dedicati in altra sede distinta. In tale caso la responsabilità della fase analitica ricade in capo al direttore responsabile del laboratorio di service cui vengono conferiti i campioni biologici raccolti dai singoli laboratori della rete ed eventuali punti prelievo connessi. Il labo-

I NUMERI

- In Campania si contano 679 laboratori di analisi in provvisorio accreditamento
- 386 erogano un numero di prestazioni annuali tra 50 mila e 99.960
- 63 erogano un numero di prestazioni annuali tra 99.961 e 199.920
- 9 erogano un numero di prestazioni annuali tra 199.921 e 299.880
- 2 erogano un numero di prestazioni annuali maggiori a 299.880

torio di service, dovendo essere dotato di spazi, strumentazione e personale adeguato al carico di lavoro da svolgere, provvederà da aggiornare l'autorizzazione all'esercizio per approdare all'accreditamento.

La stazione analitica centrale

La concentrazione della fase analitica (presso una struttura dedicata (laboratorio service) avrà una propria direzione responsabile, distinta da ciascun laboratorio della rete. Tale struttura, non aperta al pubblico, si configura quale soggetto avente individualità giuridico-amministrativa. L'atto autorizzativo, in tale caso, deve indicare espressamente i laboratori di analisi facenti parte della rete ed eventuali punti prelievo connessi attivi o da attivare. Il laboratorio che diventa satellite perde il potere di sottoscrivere accordi contrattuali. •••

LE NORME

- In base alla normativa regionale (delibera di giunta n. 377 del 1998), i laboratori si classificano in tre livelli (Com, capacità operativa massima) caratterizzati da un numero massimo di prestazioni a carico del Ssr che a sua volta è correlato con uno standard di personale, tecnologico e organizzativo
- 1° livello: fino a 83 mila prestazioni (con l'automazione si eleva fino a 99.960)
- 2° livello: fino a 166 mila prestazioni (con l'automazione si eleva fino a 199.920)
- 3° livello: fino a 249 mila.900 prestazioni (con l'automazione si eleva a 299.880)

Le strutture multiservice Pmi alla prova dei consorzi

La struttura multiservice configura un raggruppamento in un unico network centrale, ed eroga diversi tipi di prestazioni accorpando anche altre attività diagnostiche (radiologia per immagini) integrative e complementari ai processi diagnostico-terapeutici del paziente, purché gli associati ne abbiano già la titolarità. Tutto ciò comporta una sinergia organizzativa di rete tra le singole strutture di laboratorio accreditate o tra punti di prelievo autorizzati e l'unica sede di analisi.

Il cronoprogramma

In prima applicazione, entro 60 giorni dalla data di emanazione del decreto sono sospese dall'accreditamento tutte le strutture che erogano un numero di prestazioni al di sotto delle 50 mila e quindi cessano di erogare prestazioni a carico del Ssr ma mantengono il titolo autorizzativo nel rispetto dei requisiti richiesti. Le stesse strutture possono configurarsi punti prelievo conferenti analiti alle strutture con una connotazione dimensionale di almeno 99.960 prestazioni annue. (Com di 1° livello). Tutte le strutture che erogano un numero di prestazioni annue tra 50 mila e 99.960 devono dichiarare la loro disponibilità ad aggregarsi in consorzi per realizzare laboratori service o network prestazionali che garantiscano il raggiungimento del limite superiore a 99.960 prestazioni annue indicando la sede della struttura centrale che dovrà poi rispettare tutti i requisiti di accreditamento previsti dalle norme commisurate al carico di lavoro conseguente all'aggregazione delle strutture interessate. Tutte le strutture che erogano un numero di prestazioni tra 99.961 e 199.920 mantengono temporaneamente il rapporto di erogatori privati in provvisorio accreditamento.

Regime provvisorio

In regime provvisorio, dal secondo al sesto mese dalla data di emanazione del decreto si procede alla verifica del numero di strutture erogatrici (singole società e consorzi) per le quali si può riconoscere l'idoneità temporanea di accreditato in base al numero di prestazioni erogate nel periodo corrispondente. In regime intermedio da sei mesi in poi dall'adozione del decreto si procede alla revisione delle strutture erogatrici per le quali è rispettato il parametro prestazionale minimo di 99.960. A regime definitivo, entro due anni dall'adozione del decreto si raggiunge lo standard minimo indicato dalle linee guida ministeriali (circa 200 mila prestazioni annue per struttura (singola società o consorzi). E' consentito il trasferimento delle strutture. •••

Tagli ai costi in corsia Cure più appropriate In campo i direttori

Di **ETTORE MAUTONE**

Non c'è convegno, tavola rotonda o corso di formazione in Sanità in cui non si accendano i riflettori sul controllo di gestione per abbattere i costi e migliorare l'assistenza.

Ciò è tanto più vero in un periodo di particolari ristrettezze economiche ove le risorse scarseggiano ed è prioritaria la razionalizzazione (e non il

razionamento) dell'utilizzo delle risorse. La parola d'ordine è appropriatezza delle cure. Un termine di cui si parla tanto almeno a livello teorico, ma che stenta a farsi strada nella pratica quotidiana.

L'associazione nazionale dei medici delle direzioni ospedaliere (Anmdo) e l'associazione dei dirigenti di distretto (Card-Addis) provano a tracciare in punto nel 4° convegno nazionale di categoria. L'appuntamento è per mercoledì 9 e giovedì 10 maggio all'hotel Excelsior a Napoli.

Il Programma nazionale esiti (Pne) esamina alcuni indicatori essenziali per la valutazione sia dell'appropriatezza organizzativa che clinica con particolare riferimento agli esiti delle cure prestate. Il dilemma è come trasformare l'inappropriatezza in appropriatezza attraverso le esperienze maturate sul campo e avanzare proposte per - se non eliminare almeno ridurre, sia a livello ospedaliero sia territoriale - l'eccesso delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche che,



non sorrette da evidenti prove scientifiche, contribuiscono ad elevare i costi in sanità. E poi l'integrazione ospedale-territorio all'interno di un percorso condiviso di "continuità delle cure". "Il cittadino - spiega **Giuseppe Martarazzo**, del direttivo Anmdo e direttore sanitario del Loreto Mare - se trova nell'ospedale una indicazione d'uso per un breve periodo di

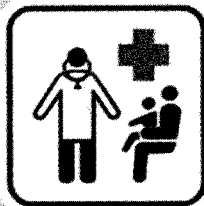
degenza, deve ottenere soprattutto a livello territoriale una risposta adeguata ai suoi bisogni di salute". E allora l'informatica al servizio della sanità con una serie di applicazioni pratiche che vanno dalla Information and Communication Technology (Ict) alla telemedicina, al fascicolo anamnestico elettronico (Fse), alla cartella clinica informatizzata per facilitare l'accesso dei cittadini alla fruizione dei servizi sanitari, ma soprattutto per un recupero di appropriatezza delle prestazioni. A chiudere una Tavola rotonda sulla carenza delle risorse e la Medicina difensiva tra Procura della Repubblica e Corte dei Conti con la partecipazione di amministratori, politici e magistrati in un confronto a più voci supportato dalle proprie esperienze professionali. Fari puntati sulla garanzia dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), oggi più che mai a rischio. •••

Leggi il programma



IL RUOLO DEI DISTRETTI E L'INTEGRAZIONE CHE NON C'È

Le cure primarie distrettuali e quelle ospedaliere, sembrano arcipelaghi con isole tra l'altro, poco connesse tra di loro. Ogni isola rappresenta la propria pratica professionale con i propri standards, mentre i valori e le relative conoscenze degli operatori se ben governate e promosse, rappresentano il fattore cruciale della sostenibilità del Servizio sanitario nazionale di fronte alla spending review, oltre che l'elemento predittivo più rilevante. Il convegno sull'appropriatezza. Appropriatezza dunque in tutte le salse come chiave di analisi nell'ambito della Programmazione sanitaria nazionale con particolare riferimento al recupero dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità dell'assistenza. "La sfida - avverte **Genny Volpe** (nella foto) presidente regionale dell'Addis e direttore del dipartimento per le cure primarie della Asl Napoli 1 - è fornire agli operatori dei distretti e delle direzioni ospedaliere, prospettive e strumenti tecnico-professionali adeguati ai nostri scenari e bisogni per una sanità più efficiente ed efficace in quanto pertinente al diritto-dovere della Salute.



Asl Benevento e Rummo: la Cimo chiede il riordino

Livelli di assistenza a rischio nella

provincia di Benevento e all'ospedale Rummo del capoluogo. La

denuncia è della

Confederazione medici ospedalieri della (Cimo-Asmd).

Tempi di attesa biblici presso le strutture sanitarie, mancata operatività del dipartimento interaziendale di emergenza ed urgenza, servizi lacunosi e con

personale sotto la soglia minima di sicurezza. "Come sindacato - avverte **Antonio De Falco** (nella foto) segretario regionale del sindacato di categoria -

intendiamo promuovere un'iniziativa presso le sedi istituzionali regionali finalizzata a definire, una volta per tutte, i ruoli ed i compiti delle due aziende sanitarie del Sannio (Asl e ospedale Rummo). In particolare - aggiunge De Falco - occorre che il territorio si faccia carico di assicurare tutte le prestazioni di primo livello per evitare che l'azienda ospedaliera si sovraccarichi di una domanda sanitaria inappropriata impedendo la crescita qualitativa del Rummo deputato ad assicurare prestazioni di elevata complessità sia in regime di ricovero che ambulatoriale".

Si parla dunque dell'integrazione tra territorio ed ospedale che devono farsi carico della operatività della rete dell'emergenza ottemperando alle norme regionali".

Carenza di medici

Dito puntato sull'attuale grave carenza di medici presso il Rummo (circa 75 in meno), e sull'eccesso di domanda sanitaria proveniente dal territorio che rendono il lavoro dei sanitari non più sostenibile sia in regime di elezione sia di emergenza. Tanto per dirne una al Rummo l'attività di Pronto soccorso è garantita, a rotazione, da tutti i medici dell'Azienda ospedaliera con turni aggiuntivi in quanto il dipartimento interaziendale dell'emergenza è al palo e non riesce a decollare. Di più: con l'approssimarsi delle ferie estive, sono prevedibili ulteriori disagi. "Occorre, un'immediata risposta - conclude De Falco - sulla rete dell'emergenza e tamponare la carenza di medici attraverso partnership con altre Asl".



DUE GIORNI ALL'HOTEL EXCELSIOR

Sanità a rischio tra Procura e Corte dei Conti

"Evitare gli sprechi ma tutelare i cittadini". Questo l'obiettivo del quarto convegno nazionale sull'appropriatezza nel Servizio Sanitario. Organizzato dall'Associazione nazionale dei medici delle direzioni ospedaliere (Anmo) e dall'Associazione dei dirigenti di distretto (Card-Addis), si terrà giovedì e venerdì presso l'hotel Excelsior in via Partenope, 48. Tema di quest'anno, l'appropriatezza delle cure in un periodo di particolari ristrettezze economiche. «Il convegno -- spiegano Giuseppe Matarazzo, direttore sanitario dell'ospedale Loreto, e Gennaro Volpe, presidente Addis Campania - vuole focalizzare l'attenzione di operatori sanitari, politici ed amministratori nel dover perseguire il diritto alla salute, tenendo conto dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. La sfida quindi, è fornire prospettive e strumenti adeguati, e bisogni per una sanità sempre più efficiente ed efficace in quanto pertinente al diritto/dovere della salute». Momento fondamentale della due giorni sarà la tavola rotonda dal titolo "La carenza delle risorse e la Medicina Difensiva tra Procura della Repubblica e Corte dei Conti". Evidenziando, «che pur nel recupero di efficienza e appropriatezza, la garanzia dei livelli essenziali di assistenza impone l'assegnazione di un finanziamento "congruo", al di sotto del quale non è possibile garantire un servizio di adeguata qualità, spesso fonte di pregiudizi e contenziosi, potendo sia per gli organizzatori del sistema che per i clinici "cadere" nelle insidie della magistratura civile, penale e contabile per la relativa carenza delle risorse». Prevista la partecipazione di Raffaele Calabrò, del procuratore generale della Corte dei Conti Tommaso Cottone, del sub commissario alla Sanità della Regione Mario Morlacco e del procuratore aggiunto del Tribunale di Napoli, Nunzio Fragliasso.

Inps. Per le malattie

Meno visite fiscali ma più efficaci

■ Meno **visite fiscali** d'ufficio per malattia ma efficacia complessivamente invariata nell'evitare gli abusi. Con questa prospettiva l'**Inps** ha deciso di ridurre drasticamente i controlli, che passeranno dagli oltre 900mila effettuati negli anni scorsi, su un totale di circa 1,5 milioni, a circa 100mila nel 2013.

Una decisione, quella presa dall'istituto di previdenza, che nei giorni scorsi ha suscitato le critiche dei medici incaricati di effettuare le visite, i quali prospettano, come conseguenza, la perdita di un migliaio di posti di lavoro. «Abbiamo deciso di ridurre il numero delle visite fiscali incrementandone però l'efficacia attraverso tecniche di data mining - ha dichiarato ieri Mauro Nori, direttore generale dell'**Inps** -. Siamo stati costretti a farlo. Nessuna azienda potrebbe mantenere le stesse attività con un taglio del 40% delle spese rispetto all'anno precedente. È quello che è capitato a noi con l'applicazione della spending review: un taglio di 500 milioni su un bilancio di 1,1 miliardi di euro al netto delle spese per il personale che ha subito una riduzione di oltre 3mila unità».

Secondo Nori, però, non si corre il rischio di un aumento delle assenze per malattia, con relativo aumento del costo a carico delle casse pubbliche: «Non abbiamo evidenze che possano giustificare uno scenario di questo tipo - ha proseguito Nori -. Inoltre il nostro sistema di data mining per la gestione delle visite ci permette di monitorare quei casi per così dire "sospetti". In quel caso interveniamo. E poi confidiamo sulla correttezza dei medici di famiglia».

M.Pri.

**Ore 11,30 - Napoli, Università Federico II,
Aula grande - Edificio 10 piano terra,
via Pansini 5**

MEDICINA: ASSE CON ATENEO USA

Rinnovo del protocollo d'intesa sottoscritto tra la Miller School of Medicine dell'Università degli Studi di Miami e l'Università degli Studi di Napoli Federico II, in merito al progetto di accudimento dermocosmetologico del paziente oncologico che la Sezione di Dermatologia clinica, allergologica e venereologica e la Sezione di Endocrinologia dell'Università Federico II stanno portando avanti dal 2012 con il Department of Dermatology della Miller School of Medicine dell'Università degli Studi di Miami. Interverranno tra gli altri: Fabio Ayala, direttore della Sezione di Dermatologia clinica, allergologica e venereologica dell'Università Federico II; Giuseppe Monfrecola, direttore della Scuola di Specializzazione in Dermatologia e Venereologia della Federico II; Gaetano Manfredi, pro-rettore della Federico II; Annamaria Colao, dipartimento di Endocrinologia e oncologia molecolare e clinica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II; Lawrence A. Schachner e Jim Del Rosso del Department of Dermatology della Miller School.

La Corte: così il registro tumori prevede spese per nuovi uffici

La Consulta dichiara illegittima la legge della Regione Campania: «Le aggiuntive risorse umane in contrasto con il piano di rientro»

NAPOLI — La Consulta torna a «bocciare» la Regione Campania. E lo fa con una sentenza che dichiara illegittima la istituzione del Registro dei tumori: accogliendo, quindi, il ricorso proposto dal presidente del Consiglio dei ministri.

La Corte Costituzionale ritiene, infatti, che l'apertura di uffici, con il conseguente potenziamento dell'organico, connessa all'attività del Registro dei tumori presso le aziende sanitarie locali della Campania, comporti una spesa aggiuntiva in contrasto con i vincoli del piano di rientro dai disavanzi della sanità. Non solo, secondo la Consulta il legislatore regionale ha operato, nel caso specifico, interferendo con le esclusive prerogative assegnate al commissario ad acta per il piano di rientro.

Ma vediamo nel dettaglio cosa contestano i giudici della Corte alla Regione Campania, la quale, peraltro, «sebbene ritualmente raggiunta dalla notificazione del ricorso — scrivono — non si è costituita in giudizio». Per la Consulta «le norme impugnate, prevedendo l'istituzione di nuovi uffici e soprattutto dotandoli di aggiuntive risorse strumentali, umane e finanziarie, si pongono in contrasto con l'obiettivo del rientro nell'equilibrio economico-finanziario perseguito con l'Accordo sul Piano di rientro e con il Piano medesimo». E i giudici non si accontentano di rilevare il contrasto sul piano formale, ma accertano che «tale contrasto è reso palese, in particolare, dall'esi-

stenza nella legge impugnata di uno stanziamento ad hoc: infatti, l'articolo 16, rubricato "norma finanziaria", "impegna risorse finanziarie, vincolate agli obiettivi di una gestione efficiente del registro tumori della Regione Campania, per complessivi euro 1.500.000,00 annui da versare alle Asl della Regione Campania per le attività di ciascun Registro Tumori provinciale e subprovinciale e del Registro Tumori Infantile, all'Ircs Fondazione Pascale per le attività del Centro di coordinamento ed all'assessorato regionale alla sanità per le attività del Comitato Tecnico-Scientifico, secondo gli importi percentuali di seguito indicati: a) gestione tre Registri Tumori subprovinciali di Napoli 10 per cento ciascuno; b) gestione Registro Tumori provinciale di Salerno 15 per cento; c) gestione Registro Tumori provinciale di Benevento 10 per cento; d) gestione Registro Tumori provinciale di Avellino 10 per cento; e) gestione Registro Tumori provinciale di Caserta 14 per cento; f) gestione Registro Tumori Infantile 12 per cento; g) attività del Centro di riferimento dell'Ircs Fondazione Pascale 6 per cento; h) attività del Comitato Tecnico-Scientifico 3 per cento". È questa disposizione, in particolare, che manifesta l'incompatibilità — censura la Consulta — con l'obiettivo di contenimento della spesa pubblica sanitaria perseguito con il piano di rientro: non è, infatti, l'istitu-

zione in sé dei registri tumori, del centro di coordinamento e del comitato tecnico-scientifico, che merita di essere contestata. Lo stesso commissario ad acta — si argomenta, comparativamente, nella sentenza — con delibera del 14 settembre 2012 ha ritenuto di dover adottare un'analogo iniziativa, utilizzando però le strutture amministrative esistenti ed il personale in servizio; ed è significativo che abbia anche avuto cura di indicare l'esistenza di una pregressa e vigente copertura finanziaria per il funzionamento degli uffici in questione, precisando "che per le attività del presente decreto non sono previsti oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale". Per quanto riguarda, infine, l'interferenza legislativa, si sottolinea come secondo la Corte «la semplice interferenza da parte del legislatore regionale con le funzioni del commissario ad acta, come definite nel mandato commissariale, determina di per sé la violazione dell'articolo 120, secondo comma, della Costituzione ed in particolare "ogni intervento che possa aggravare il disavanzo sanitario regionale avrebbe l'effetto di ostacolare l'attuazione del piano di rientro e, quindi, l'esecuzione del mandato commissariale».

Angelo Agrippa

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La sentenza

Secondo i giudici così come è pensato non è compatibile con il deficit

le interferenze

Sempre secondo i giudici ci sarebbero interferenze con il commissario



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



La sperimentazione

Asl, ai nefropatici alimenti gratuiti

CASERTA — Da oggi l'Azienda sanitaria di Caserta avvia la distribuzione gratuita di alimenti iproteici per i pazienti nefropatici residenti nel territorio. La decisione è stata presa dalla direzione strategica dopo i risparmi di spesa ottenuti con il progetto "Sani.Arp". La distribuzione parte oggi in via sperimentale per sei mesi e verrà effettuata tramite le farmacie convenzionate con l'Azienda. Le tipologie di prodotti alimentari sono: pane, pasta, farina, riso e latte. I cittadini interessati al servizio lo potranno ottenere presentando alle farmacie il proprio piano terapeutico redatto da nefrologi di struttura pubblica. I pazienti, come concordato con una commissione tecnica di nefrologi dell'Asl, sono quelli con diagnosi di insufficienza renale cronica in "classe 3b". Sono previsti due livelli di budget mensile di spesa pari a 55 euro e a 70 euro.

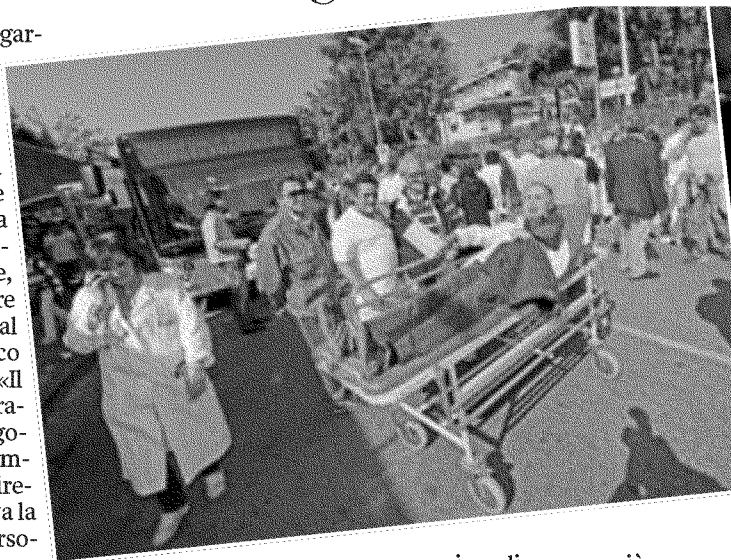
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ospedali allo sfascio Allarme dei medici, «qui non si opera più»

Cardarelli senza garze Saltano gli interventi

San Paolo, malati tutti gli infermieri di chirurgia

NAPOLI - «Mancano le garze, gli interventi chirurgici devono essere spostati». Questo è l'allarme arrivato ieri da diversi medici del Cardarelli, costretti a differire alcune sedute operatorie e addirittura a rimandarne altre ai prossimi giorni. A quanto pare, insomma, il grido di dolore lanciato nei mesi scorsi dal direttore generale Rocco Granata è molto attuale. «Il Cardarelli - aveva detto Granata - è con l'acqua alla gola». In un comunicato stampa senza precedenti la direzione generale sottolineava la «gravissima carenza di personale che mette a rischio il corretto svolgimento delle attività e, di fatto, impone la chiusura di reparti o servizi pur preziosi per la collettività». Questo almeno sino a qualche tempo fa, poi le cose parevano essere parzialmente rientrate. Ma ieri, a quanto pare, si sono riproposte situazioni di grave disagio per i pazienti in attesa di intervento. Almeno a sentire il parere di alcuni camici bianchi e familiari di pazienti,



I primari

«Troppa burocrazia nell'acquisto di generi Sarebbe meglio snellire e risparmiare su altre spese come la vigilanza che non è necessaria ovunque»

per i quali sempre più spesso nell'ospedale nascono problemi di questo genere. Ben diversa l'opinione del direttore sanitario Franco Paradiso: «Non mi risulta - chiarisce - che ci siano stati differimenti di interventi». Ammette però che nei giorni scorsi «si sia creato un problema per questioni burocratiche e amministrative, tutto - assicura - è stato risolto. Si è provveduto anche con approvvigionamenti interni tra reparti e quindi in futuro non ci saranno altre difficoltà». Sui problemi del Cardarelli è intervenuto anche il presidente regionale dell'Anpo (primari ospedalieri). «A quanto pare - spiega Vittorio Russo - le difficoltà degli ultimi giorni sono da attribuirsi alle procedure di acquisto, estremamente lente, del servizio del provveditorato. In generale le difficoltà per i finanziamenti sussistono in tutte le aziende, ritengo però che si possano risparmiare soldi rivedendo alcune voci di spesa. Penso ad esempio al servizio

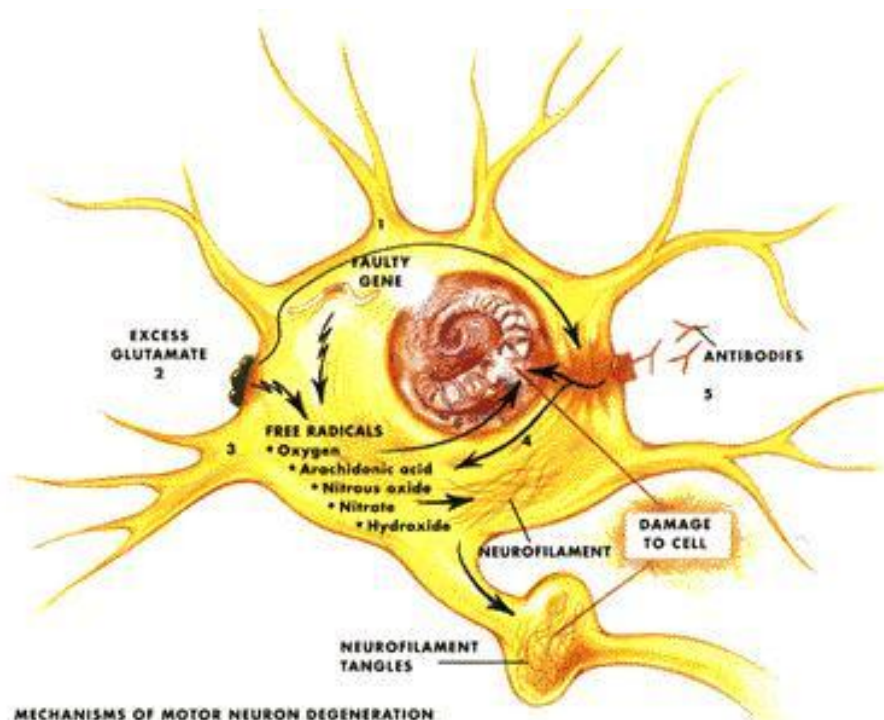
di vigilanza, che va lasciato nelle aree di emergenza, ma che certamente andrebbe in alcuni casi limitato». Un esempio? «La custodia armata all'anticamera del direttore generale. Insomma si potrebbe adottare una politica di risparmio, così come previsto del resto dai dettami della spending review. E in fin dei conti basterebbe anche un po' di buon senso in questo momento di ristrettezze». Sul chi va là anche Franco Verde, coordinatore provinciale dell'Anao. «Se confermata - dice - questa notizia sarebbe estremamente grave. Ad ogni modo la sensazione è che molti problemi siano legati all'incertezza sulla permanenza del nostro direttore generale». E se al Cardarelli si è vissuta una giornata pesante, non molto meglio è andata all'ospedale San Paolo (via Terracina). Domenica sera, infatti, un intero turno di infermieri del reparto di chirurgia generale (12 in tutto) si è assentato per malattia. Questione che naturalmente ha creato non poche difficoltà e che ha costretto la direzione ad attingere personale da altri reparti. Per Ernesto Esposito, direttore generale dell'Asl Napoli 1 «ora la situazione è sotto controllo e non ci saranno ricadute sull'utenza». Il dg assicura che l'Asl ha già disposto le visite mediche del caso e che se risulteranno anomalie saranno presi i dovuti provvedimenti disciplinari. Anche dalle rappresentanze sindacali aziendali di Cisl e Uil è arrivato un invito alla ragionevolezza. «I dipendenti - dicono - sono demotivati e frustrati, ma non bisogna mai perdere di vista l'assistenza ai pazienti».

Raffaele Nespola



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Allergologia: una disciplina orfana Specialisti in corsia senza tariffe

Di **ETTORE MAUTONE**

Ci sono le prestazioni, ci sono i docenti universitari, i primari ospedalieri, gli assistenti e gli specialisti ambulatoriali ma non ci sono le tariffe. L'inquadramento giuridico degli allergologi in Campania è acefalo. Semplicemente nel nomenclatore regionale la branca specialistica di allergologia non esiste.

"Un'evidente incongruenza - avverte Domenico Gargano, consigliere nazionale dell'Associazione allergologi ed immunologi territoriali del ospedalieri (Aaito) specialista all'ospedale Moscati di Avellino - a fronte del fatto che sono state assegnate sul territorio un numero limitato di ore di specialistica ambulatoriale, di Allergologia e sono state create e confermate alcune Unità operative semplici dipartimentali di Allergologia riconoscono quindi la rilevanza e la necessità". Insomma una disciplina orfana l'Allergologia campana laddove non è prevista alcuna prestazione riconducibile a tale specialità.

"In sintesi da un lato si riconosce l'esistenza e la necessità dello specialista allergologo - continua Vincenzo Patella, consigliere nazionale dell'Associazione italiana di Aerobiologia e specialista all'ospedale di Agropoli - e dall'altra gli si nega la possibilità di effettuare le sue peculiari prestazioni".

Le procedure di primo livello

Le procedure allergologiche di primo livello al momento ricadono nell'ambito di branche specialistiche diverse quali la Dermatologia (procedure diagnostiche su cute e mucose), la Pneumologia (procedure che riguardano l'apparato respiratorio) o la Patologia clinica (procedure diagnostiche su materiali biologici). "Al contrario - aggiunge Patella - le prestazioni di maggior rilievo in Allergologia quali i test di scatenamento con farmaci e alimenti, la diagnostica in vivo per veleno di imenotteri, e l'immunoterapia specifica non potendo essere intercettate dalle altre branche specialistiche semplicemente non esistono costringendo gli operatori a scegliere tra il non effettuarle affatto (imponendo in questo caso viaggi e spese fuori regione ai pazienti) ovvero effettuarle con codici ambigui o decisamente errati per andare incontro alle esigenze dei pazienti.



Subito un tavolo tecnico

La soluzione a tutti questi nodi? "Non è semplice - conclude Gargano - né però ci si può accontentare di soluzioni che non siano definitive e soddisfacenti per i pazienti affetti da patologie allergiche e che consentano agli operatori di avere una tranquillità professionale formale e assicurativa". La richiesta è l'istituzione di un tavolo tecnico costituito da rappresentanti della Regione e dai principali esponenti delle società scientifiche di Allergologia e Immunologia clinica. Obiettivo definire le prestazioni da erogare e i relativi regimi tariffari. ●●●

Giornata dell'Immunologia: formazione nelle scuole

A fine aprile si è celebrata la giornata mondiale dell'Immunologia. Obiettivo diffondere e rafforzare nell'opinione pubblica l'importanza dell'immunologia come disciplina scientifica alla base della salute dell'uomo. Per illustrare alcuni strumenti divulgativi sviluppati negli anni dalla scienza medica per far capire ai giovani come funzionano i meccanismi di difesa del nostro corpo e per far conoscere l'Immunologia e le malattie dovute ad alterazioni del sistema immunitario è stato programmato una serie di interventi nelle scuole presentato un libro sul nostro fantastico sistema immunitario, "Il cavaliere immunologico" e poi, una serie di fotografie, immagini interattive e animazioni. "Dentro l'immunità: viaggio nel tuo sistema immunitario attraverso immagini meravigliose" (www.inside-immunity.org). Il prossimo appuntamento in Campania è per venerdì 10 maggio al liceo classico Giancarlo Siani e alla scuola Bonito di Castellammare.

Da un sondaggio effettuato nelle scuole in Campania è emerso che gli intervistati hanno risposto correttamente a domande relative all'immunologia solo per un 50 per cento. ●●●

CHOC ANAFILATTICO, OCCHIO AI SEGNI

Le malattie allergiche sono in costante aumento in tutto il Mondo occidentale e la percezione sociale di questo aumento è netta. Attualmente si stima che circa il 20 per cento della popolazione soffra di una forma di patologia allergica. Questo, tradotto in numeri, significa che nella Regione Campania circa 1 milione di persone ne sono colpite. In particolare negli ultimi anni si registra un netto aumento di reazioni gravi indotte da allergie respiratorie, alimentari, da punture di imenotteri, da farmaci, da anestetici e da mezzi di contrasto. Reazioni spesso severe e fatali (gravi reazioni anafilattiche).

E' ormai chiaro che tali reazioni gravi e letali siano state spesso precedute da episodi di minore intensità non adeguatamente riconosciuti e non opportunamente avviati ad una valutazione allergologica. I centri allergologici di alta specializzazione in grado di rispondere efficacemente alle situazioni più complesse, sono pochi e numericamente insufficienti per cui i pazienti allergici sono spesso affidati a personale non adeguatamente qualificato. Il paziente allergico andrebbe invece valutato nella sua complessità ed indirizzato all'esecuzione di esami diagnostici per accertare eventuali ipersensibilità per poi mettere in atto tutte le procedure per scongiurare l'evenienza dello choc anafilattico.

Nasce la molecola "ingannatrice" Dal Ceinge stop al neuroblastoma

Di GIOVANNI PAPA

Conoscerla per dominarla, diceva Bacone, ma anche per ingannarla. Almeno per quel che è possibile. Da Galileo in poi, gli scienziati (medici in primis) fanno questo di mestiere e grazie alle biotecnologie sono per molti versi diventati bravi quanto illusionisti. Lo testimonia, tanto per fare un esempio, una recente ricerca del Ceinge. L'equipe di genetisti coordinata da **Massimo Zollo** (nella foto), docente di Genetica alla "Federico II" e group leader del centro di biotecnologie avanzate, ha infatti creato una molecola artificiale in grado di ingannare una proteina in modo da evitare che leghi con un particolare gene coinvolto nella formazione del neuroblastoma, uno dei più gravi tumori pediatrici.

La molecola che "spiazza" la proteina

Da tempo il gruppo guidato da Zollo lavora su questa malattia, svelando al resto della comunità scientifica internazionale il legame esistente tra una particolare proteina (la H-Prune) e un gene specifico, l'Nm23, determinante nel processo metastatico nel tumore pediatrico. Con questo studio, pubblicato sulla rivista di Nature "Scientific Reports", i ricercatori sono arrivati a creare un peptide mimetico in grado di "spiazzare" la proteina e di condizionarne la tendenza a legarsi con il gene Nm23. "Siamo partiti dai risultati di studi di meta-analisi condotti su 800 tumori da neuroblastoma e svolti dal gruppo di Lubiana di Saso Dzeroski" spiega Zollo. "Gli studi hanno rivelato che il centro cruciale della progressione tumorale del neuroblastoma è il gene nm23. Abbiamo visto che questo gene è presente nei casi più gravi e metastatici di tumore, quelli che presentano, per intenderci, una sopravvivenza da parte del piccolo paziente persino inferiore a 48 mesi. In seguito abbiamo strutturato interamente la porzione C-terminale della proteina H Prune, che regola appunto il gene nm23 e, in particolare, induce quest'ultimo ad aumentare il processo metastatico". A questo punto, a sottolineare che a questi livelli è fondamentale la collaborazione, Zollo fa riferimento all'importanza che per le proprie ricerche hanno avuto gli studi di sull'Nmr svolti dal **Roberto Fattorusso**, e dal suo team del Cnr e della Seconda Università di Napoli. "Una volta compreso come H-Prune coordina il processo metastatico - conti-



nua il group leader del Ceinge - legando con nm23, grazie ad un'intuizione di una nostra giovanissima ricercatrice, Livia Garzia abbiamo creato un peptide mimetico, una molecola artificiale che ha le stesse identiche caratteristiche della regione di interazione tra H Prune e nm23".

Nuovi scenari terapeutici

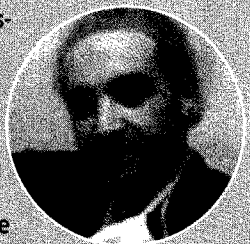
È nata così una molecola artificiale dotata di fattori d'attrazione per la proteina H-Prune uguali ma in quantità superiore rispetto al gene nm23. "Abbiamo poi constatato con esperimenti in vivo - aggiunge Zollo - che se veicoliamo il peptide mimetico nel tumore murino siamo in grado di bloccare il fenomeno metastatico. H-Prune, infatti, non lega più con nm23, ma con la nostra molecola considerata per così dire, più attraente". È evidente che questo tipo di molecole apre un nuovo scenario per strategie terapeutiche innovative. Oggi si stanno producendo modelli murini genetici del neuroblastoma per testare nuovi farmaci ma in essi, anche dopo l'uso del farmaco Crizotinib (l'inibitore della proteina Alk, in cui avviene una mutazione molto frequente nel neuroblastoma) si è notato che la presenza di nm23 resta in alte dosi nel tumore. "La prospettiva è quindi quella di andare a vedere se utilizzando in associazione con tale farmaco e con altri sperimentali o anche in via esclusiva il peptide mimetico che abbiamo creato, la tumorigenesi si rallenta, o se non del tutto si blocca", conclude Zollo.



ENTRA IN CAMPO LA MULTINAZIONALE

Un filone della ricerca condotta da Massimo Zollo al Ceinge verrà finanziata anche dalla Thrombogenics, azienda biofarmaceutica quotata in borsa specializzata nello sviluppo e commercializzazione dei prodotti innovativi in medicina oftalmica.

Anche in seguito alle ricerche condotte presso il centro biotecnologico partenopeo l'azienda ha infatti contattato Zollo per sviluppare, insieme al suo gruppo di ricerca, un nuovo trial clinico su modelli murini con paradigmi "proof of concept". Il progetto si svilupperà nei laboratori del Ceinge nei prossimi mesi e sarà eseguito da **Pasquale De Antonellis** (nella foto).



Il network internazionale

"Siamo orgogliosi della ricerca condotta nei nostri laboratori dai nostri ricercatori", afferma **Francesco Salvatore**, presidente e coordinatore scientifico del Ceinge. "Si tratta di risultati che ancora una volta ci spronano, nonostante le difficoltà, a continuare per la nostra mission: le biotecnologie avanzate applicate alla salute dell'uomo, che sono il presente e il futuro della ricerca e della medicina". Finanziata dall'Airc, la ricerca ha coinvolto esperti in numerosi campi della medicina, dalla chimica biologica alla chimica farmaceutica e alla proteomica. E ancora, hanno partecipato oncologi, biologi molecolari e patologi. Per un totale di cinque nazioni, dieci città e quattordici centri di ricerca. ●●●

I TEST PREVENTIVI

Fascia di età e frequenza consigliata



dei tumori potrebbe essere scoperto in tempo e curato adeguatamente

MARIA PAOLA SALMI

Quasi il settanta per cento dei tumori potrebbe essere scoperto in tempo e curato in modo adeguato. È l'unico modo per poter sconfiggere il cancro è la prevenzione. Motivo per cui, in occasione della giornata dell'azalea della ricerca 2013, domenica 12 maggio, l'Airc (Associazione italiana per la ricerca sul cancro) promuove il messaggio lanciato lo scorso autunno dal Forum mondiale dell'oncologia e distribuirà la guida speciale del periodico *Fondamentale* dal titolo "I colpi vincenti della prevenzione: gli esami che battono il cancro".

L'adesione ai programmi di screening, e ai test di biologia molecolare, ha un ruolo chiave nella diagnosi precoce dei tumori. L'Osservatorio nazionale screening, nel rapporto annuale

Più produttiva la prevenzione primaria mirata rispetto ai controlli e indagini di massa

sulla prevenzione, rileva per la prima volta dopo anni di crescita una flessione di due punti percentuali del numero di persone che si sottopone a esami preventivi. Il calo ha riguardato in particolare la mammografia. Eppure lo screening funziona: nel 2010 sono state eseguite 6.000 nuove diagnosi di cancro mammario (il 31% delle diagnosi complessive in donne di 50-69 anni), scoperti 4.597 tumori in stadio medio-avanzato al collo uterino, 2.916 tumori del colon retto, pari al 15% delle nuove diagnosi tra i 59 e i 69 anni.

«Indubbiamente lo screening, quale strumento di diagnosi precoce offerto a gruppi o a categorie di persone non hanno più molto senso così come impostati negli ultimi vent'anni — osserva Andrea Decensi, direttore della divisione di oncologia medica degli ospedali Galliera di Genova — oggi la prevenzione primaria va personalizzata, fare la stessa cosa a tutti è più facile, certo, ma non porta sempre a risultati effi-

caci». L'American Cancer Society, in un recente dibattito pubblicato sul *New York Times*, ammette che sull'efficacia degli screening è stata riposta eccessiva fiducia. Secondo il direttore

medico Twotus Brawley i vantaggi della diagnosi precoce sono stati sopravvalutati, infatti gli esami tendono a scoprire le forme di cancro meno pericolose che magari non avrebbero bisogno di ulteriori indagini e interventi terapeutici, mentre non individuano tumori in stadio avanzato.

Certo è che le diagnosi di tumore iniziale al seno, ad esem-

Tumore

Domenica prossima, insieme alle azalee

Airc offrirà una guida sugli esami che battono il cancro. Per la prima volta visite in calo

Personalizzare gli screening svolta sui test

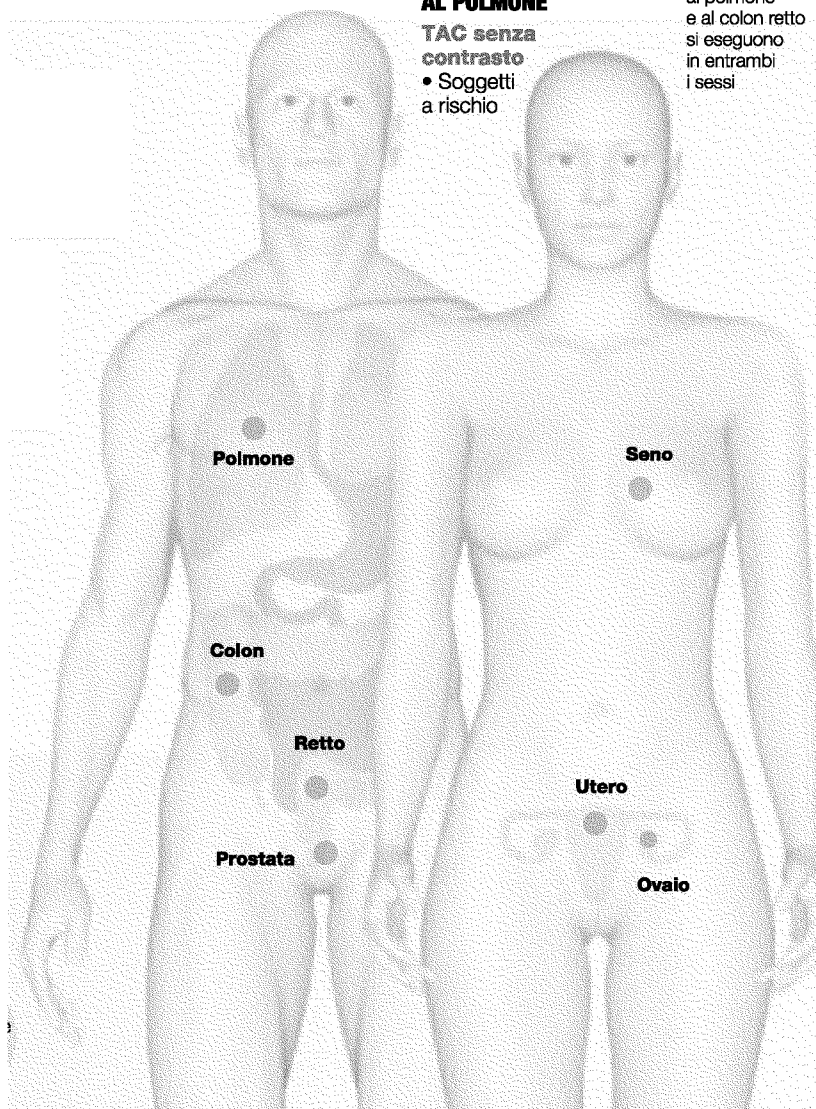
pio, sono quasi raddoppiate, non altrettanto quelle di tumore avanzato. «I canceri cosiddetti "intervallari" ci sono sempre stati ed è difficile sconfiggerli perché si sviluppano molto rapidamente — commenta Decensi — tuttavia la mortalità è in calo sebbene l'incidenza continui a salire, sostenuta dall'allungamento della vita. Non dimentichiamo che il tempo dello screening di massa è finito, per la mammografia, test a rischio di sovradiagnosi, come per altre indagini preventive, bisogna tener conto dell'età ma anche di molte altre variabili individuali del soggetto. Insomma dobbiamo adattare l'esame o il test alle caratteristiche individuali e personalizzare la sorveglianza».

La mammografia è l'indagine fondamentale contro il tumore al seno: una volta ogni due anni tra 50-69 anni, la tendenza è all'estensione anagrafica. Dunque

una volta l'anno tra 45-49 anni e forse anche oltre i 74. La ricerca del sangue occulto fecale (SO) — per individuare il tumore al colon retto — offre maggiori certezze: consigliato dopo i 50 anni, la mortalità cala del 20%, idem per la colonscopia che riduce la mortalità del 20-30% e ha un valore aggiunto, la possibilità di togliere i polipi. «Si è affacciata da poco la Tac a basso dosaggio senza contrasto per il tumore del polmone, le evidenze parlano di una riduzione delle mortalità globale del 6%, necessario affiancare un programma di disassuefazione dal fumo — dice Andrea Decensi — ancora più controverso il PSA prostatico, che stando allo studio europeo offre un certo vantaggio (riduzione mortalità del 20%) se si esegue tra 55 e 69 anni una volta l'anno; mentre lo studio canadese ne rileva la scarsa specificità e le complicanze successive ai trattamenti ma lo consiglia tra 55 e 74 anni associato annualmente a visita urologica».

Quanto sono utili le diagnosi precoci? I dubbi dell'American Cancer Society

© RIPRODUZIONE RISERVATA



TUMORE AL POLMONE

TAC senza contrasto

- Soggetti a rischio

I test per tumori al polmone e al colon retto si eseguono in entrambi i sessi

TUMORE AL SENO

Mammografia

- 45-69 anni
- 1 o 2 volte l'anno

Ecografia mammaria

- Donne a rischio per indagine diagnostica

Visita senologica

- Dai 40 anni
- 1 volta l'anno

TUMORE DELL'OVAIO

Ecografia pelvica e addominale

- Donne ad alto rischio
- Ogni 6 mesi insieme al dosaggio del marcatore CA125

TUMORE DELL'UTERO

HPV Test

- Dai 30 anni
- 1 volta ogni 5 anni

Pap Test

- 25-64 anni
- 1 volta all'anno

INFOGRAFICA DI PAULA SIMONETTI

TUMORE DEL COLON RETTO

Sangue occulto nelle feci

- 50-74 anni
- 1 volta ogni 2 anni

Rettoscopia o colonscopia

- Dopo 55 anni
- 1 volta ogni 10 anni

TUMORE ALLA PROSTATA

PSA

- Doppo 55 anni
- 1 volta ogni 4 anni

Si esegue con un semplice prelievo del sangue

GIUSEPPE DEL BELLO

E AMSTERDAM patite C, in Europa siamo ai primi posti della classifica. Per numero di infetti (un milione 250mila) e mortalità da tumore primitivo del fegato che, colpendo 5mila persone all'anno, ne uccide in Italia una ogni ora. Per loro, in particolare per i pazienti che non possono assumere interferone, la speranza arriva da un nuovo farmaco, il sofosbuvir, la cui efficacia è confermata da quattro studi clinici (Neutrino, Fission, Positron e Fusion) Ma è costoso: tra i 30 e i 50 mila euro il protocollo terapeutico, contro i 25 mila attuali. I risultati sono stati presentati al quarantottesimo meeting dell'European association of the study of the liver (Easl) che si è appena concluso ad Amsterdam.

Ad annunciarlo è la Gilead Sciences, la holding che ha svi-

Presentata all'autorità statunitense la richiesta di approvazione

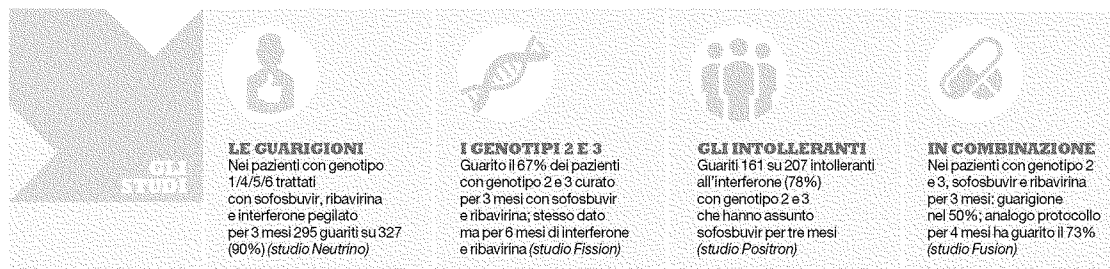
luppato il nuovo inibitore della polimerasi NS5B, proteina che svolge un ruolo fondamentale nella replicazione del virus HCV. Difatti la molecola, che si assume per via orale, ottiene l'eradicazione del virus in una percentuale elevata (fino al 90%), in tempi brevi e anche senza ricorrere all'interferone. «Oggi le terapie innovative sono condizionate da tre variabili: — premette Massimo Colombo, direttore di Medicina specialistica e Trapianti d'Organo all'università di Milano — costo, sicurezza e miglioramento della capacità operativa dei centri di riferimento. Al momento, interferone, ribavirina e inibitori delle polimerasi hanno ridotto questi parametri, ma il sofosbuvir rivoluzionerà la terapia, soprattutto nelle categorie dove agisce senza interferone (genotipi 2 e 3)». In particolare, i cirrotici in stadio avanzato o i soggetti "intolleranti", per i quali la nuova molecola rappresenta la semplificazione delle cure tradizionali a base di interferone. In più, col vantaggio di tempi di somministra-

Epatite C

Sofosbuvir ottiene l'eradicazione del virus in tempi brevi fino al 90% dei casi

Una rivoluzione per cirrotici in stadio avanzato e intolleranti all'interferone

Minimi effetti avversi. In Europa entro 2 anni, probabile rincarare delle terapie



Farmaco orale, rapido, salvavita avanza la ricerca ma costi più alti

zione accorciati. Effetti collaterali? «Non ce ne sono — risponde Colombo — e questo consentirà di risparmiare sul loro trattamento come accade, ad esempio, nell'anemia che costringe alla somministrazione di eritropoietina. Tra l'altro, il sofosbuvir, non

creando resistenze genetiche del virus, evita al paziente i frequenti controlli della carica virale, controlli mirati a individuarne l'eventuale comparsa».

I dati, pubblicati sul *New England Journal of Medicine*, rivelano che gli studi hanno coinvolto

mille pazienti e che meno del 2% ha dovuto interromperlo a causa di eventi avversi. «Sofosbuvir appartiene alla prima generazione di terapie orali — aggiunge Antonio Craxì, direttore di Epatologia all'ospedale di Palermo — e si rivolge a tutti i pazienti con epatite

cronica C perché supera la barriera del genotipo». La Gilead ha già presentato alla Food and Drug Administration la domanda di approvazione, mentre l'EmA europea potrebbe dare il via libera a cavallo tra il 2014 e il 2015.

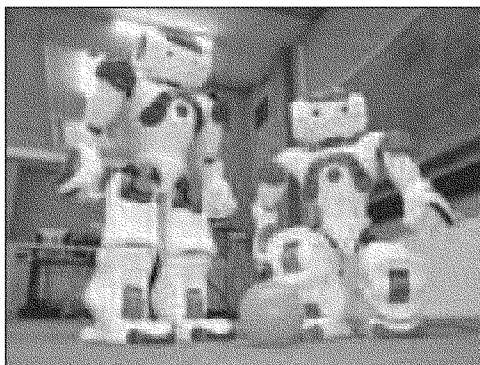
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Migliorano la capacità di interagire

I robot aiutano i bimbi autistici

Piccoli robot danno una mano ai bambini affetti da autismo. I primi risultati sono promettenti e sono stati condotti nell'ambito di uno studio su 19 soggetti: i bimbi hanno migliorato la loro conversazione in misura superiore rispetto all'interazione con altre persone. La capacità di socializzare è risultata maggiore e i genitori hanno preso atto dei cambiamenti positivi avvenuti in famiglia.

Il robot impiegato nello studio si chiama Kelly e costa 14 mila dollari (10.700 euro). Assomiglia a un giocattolo ed è stato programmato per parlare, far conversare il bambino e rispondere a domande originali. La tesi dei ricercatori è che i bambini autistici spesso combattano contro la complessità del comportamento sociale: perciò potrebbero apprendere più facilmente le abilità nel contatto semplificato con il robot. Il trucco sta nel fare in modo che i bimbi interagisca-



I robot terapisti

no sia con il robot sia con altre persone.

Ma non bisogna pretendere troppo, perché un robot è pur sempre un robot. Per esempio, gli studiosi si chiedono perché alcuni bambini rispondano positivamente a questa terapia e altri no. In qualche caso, inoltre, è stato osservato un incremento dei comportamenti ripetitivi. Un esperto sottolinea che, pur essendo i risultati incoraggianti, bisogna evitare che le terapie basate sulla tecnologia finiscano per sostituire quelle fondate sui rapporti umani. In realtà esse dovrebbero rappresentare una sorta di trampolino di lancio verso relazioni più autentiche.

—© Riproduzione riservata—■