



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Sanità, conti in ordine La Campania tratta Un assessore in vista

Di **ETTORE MAUTONE**

Piano di rientro in dirittura d'arrivo. La Regione si allinea con i programmi operativi dettati dal governo, centra l'obiettivo del pareggio di bilancio e il governatore **Stefano Caldoro** in questi giorni a Roma negozia con governo il superamento del periodo commissariale. Sblocco del turn-over del personale e stop a nuovi ticket le richieste del governatore discusse in seno alla Conferenza Stato Regioni. Se alla prossima verifica (in programma a luglio), sarà confermato il buon andamento dei conti, è più che probabile che dal governo scatti già ad ottobre il disco verde al superamento del periodo commissariale. La principale novità in questo caso sarebbe la nomina di un assessore alla Sanità con pieni poteri al posto di commissario e sub commissario. Una gestione ordinaria reclamata da mesi e da più fronti. Un fermento sulla Sanità segnato da una nota del capogruppo vicario del Pdl **Pasquale Giacobbe**, medico e componente della Commissione Sanità: "Con il raggiungimento del pareggio di bilancio in sanità, il tecnico Morlacco ha finito il suo compito. Ora la sanità campana ha bisogno di programmazione politica, ci vuole un assessore". Una partita che sarebbe giocata tutta sul terreno della politica insieme ai rimpiazzi di **Giuseppe De Mita** e **Marcello Tagliatela** (se lascerà l'Urbanistica come pre-



vede la legge) diventati nel frattempo parlamentari.

In corsa per un assessorato c'è sicuramente anche una donna. Probabilmente **Daniela Nugnes** attuale consigliere per il presidente per il settore Agricoltura, area che come la Sanità e le Attività produttive (consigliere del presidente è qui **Fulvio Martusciello**) è priva di delega. Insomma il valzer di nomine prelude anche a una redistribuzione delle deleghe che potrebbe comprendere anche l'Ambiente. Per la Sanità, come per gli altri settori, privi di assessore (vicepresidenza e Turismo, probabilmente Urbanistica) sono in corso grandi manovre. Per la Sanità c'è da fare i conti anche con la designazione del direttore del dipartimento Salute dopo la rinuncia di **Mario Morlacco** che ha optato per la conferma a sub commissario della sanità. Proprio Morlacco tuttavia potrebbe essere indicato assessore. Nel Pdl l'indicazione è **Schiano Di Visconti**, presidente della Quinta commissione Sanità. Ma al fianco di Caldoro come consigliere per la Sanità c'è anche l'ex senatore **Raffaele Calabrò** (nella foto), rieleto alle ultime politiche alla Camera nelle file del Pdl che potrebbe lasciare lo scranno in parlamento per un ruolo da assessore. Non cela le proprie ambizioni da assessore l'europarlamentare del Ppe **Enzo Rivellini**, tra i più attivi nel seguire la politica sanitaria regionale e nazionale. ●●●

SPRECHI DIBATTITO SULLE CURE INAPPROPRIATE

Sanità, il 30% delle spese per esami inutili e sbagliati

Quanto costa l'inappropriatezza delle cure? Una prima stima esiste e in percentuale è addirittura a due cifre. È il 30% dell'intera spesa sanitaria, infatti, a perdersi tra cure ed esami inutili o sbagliati, molti dei quali prescritti per medicina difensiva ovvero da professionisti che temono possibili interventi della magistratura. È quanto emerso ieri nel corso di un convegno organizzato dall'Associazione nazionale dei medici delle direzioni ospedaliere (Anmdo) e dall'associazione dei dirigenti di distretto (Card - Addis).

«Il medico non può operare pensando che il suo lavoro sarà poi giudicato in tribunale - dice il direttore sanitario dell'ospedale Loreto mare di Napoli, Giuseppe Matarazzo - Se le prestazioni sono appropriate si può pensare al mantenimento della qualità. Si devono razionalizzare le risorse e tagliare i rami secchi migliorando l'assistenza. Negli ultimi 2 o 3 anni questo è stato fatto con risultati positivi, ora speriamo di andare verso l'ordinarietà». Gli fa eco Raffaele Calabro, consigliere per la Sanità della Regione Campania: «Non si può più parlare di ospedali - dice - ma si deve parlare di patologie. Bisogna pensare a una rete che va dal territorio all'ospedale per poi tornare al territorio». «Da anni portiamo avanti dialogo distretti ospedali - dice il presidente Addis Campania, Gennaro Volpe - Ce ne sono già alcuni, ma si deve potenziare la parte distrettuale per essere alternativi e complementari alla rete ospedaliera. L'obiettivo è lavorare alle strutture polispecialistiche aperte 24 ore al giorno con medici di medicina generale e di continuità assistenziale». «Non si può più ragionare solo in termini economici - dice il presidente della commissione Sanità in Consiglio regionale, Michele Schiano di Visconti - Bisogna riportare al centro il paziente. Con i fondi a disposizione si può fare una buona sanità. Rientrati dal patto di stabilità e usciti dal commissariamento si deve sbloccare il turn over per portare nel settore nuove risorse umane». L'obiettivo del convegno è stato anche quello di fornire agli operatori dei distretti e delle direzioni ospedaliere «prospettive e strumenti tecnico-professionali adeguati agli scenari e bisogni per una sanità sempre più efficiente ed efficace in quanto pertinente al diritto dovere della Salute».

INTESA PER RIPARTIRE 12 MILIARDI DI FONDI, 5 A COMUNI E PROVINCE. CALDORO: AVEVAMO CHIESTO 2,9

Debiti Pa, alla Regione Campania 1,6 miliardi

ROMA. «L'accordo è avvenuto all'unanimità e questo è sempre un fatto positivo. Noi avevamo chiesto 2,9 miliardi di euro, abbiamo ottenuto poco più di 1,6 miliardi di euro». Stefano Caldoro annuncia così l'intesa raggiunta tra i governatori per il riparto delle risorse messe a disposizione delle Regioni dal decreto approvato dal Governo per i pagamenti alle imprese creditrici della Pubblica amministrazione. In tutto sono stati ripartiti 7,2 miliardi. Caldoro sottolinea anche che ci sono «alcune regioni che non hanno chiesto nulla perché non hanno ritardi nei pagamenti alle imprese». Non solo le regioni, ma anche Comuni e Province hanno siglato l'intesa in Conferenza Stato-Città sulle modalità di riparto relative agli importi dei pagamenti dei debiti della Pa da escludere dal Patto di stabilità interno. Si tratta di 4 miliardi per i Comuni e 1,2 miliardi per le Province, un totale di 5,2 miliardi, anche se all'appello mancano 200 milioni che gli Enti locali chiedono di integrare. In tutto quindi, si tratta di poco più di 12 miliardi, alle quali vanno aggiunti altri 2,1 miliardi per pagare i debiti di parte capitale a favore delle imprese da parte degli enti locali. Per ora tutti soddisfatti, mentre le imprese attendono ora l'inizio materiale delle erogazioni per

godere di una boccata d'ossigeno e di liquidità fresca. Tuttavia, il relatore del decreto proprio ieri ha chiesto di prevedere già adesso un incremento del plafond per il pagamento dei debiti che le pubbliche amministrazioni hanno contratto nei confronti delle imprese. A sollevare il problema delle risorse è stato Mauro Causi (Pd), a margine dei lavori della commissione Bilancio. Dai primi dati resi noti ieri da Cassa depositi e prestiti, infatti, le richieste già arrivate superano di 3 miliardi le disponibilità. Secondo i primi dati, non ufficiali, le domande di anticipazioni arrivate alla Cdp ammontano a 6 miliardi, contro i 4 disponibili, mentre le richieste dei comuni sono di 5,2 miliardi, contro i 4 disponibili. Le richieste, quindi, ha concluso «sovrastano di 3 miliardi le risorse a disposizione, pari al 35% in più sopra le disponibilità». Una buona notizia per le imprese, tuttavia, arriva proprio dall'approvazione, in commissione Bilancio, di un emendamento che amplia il perimetro dei crediti esigibili, anche a quelli che «sono maturati entro il 2012 ma che non sono stati ancora pienamente accettati fiscalmente». Un allargamento «limitato e sostenibile», sottolinea il relatore, era arrivata da «moltissimi gruppi politici».



Pagamenti alle imprese. Il governatore, Caldoro, e il leader di Confindustria, Squinzi

La polemica Sanità, è scontro sulle assunzioni: turn over bloccato

Gerardo Ausiello

Stallo sulle assunzioni nella sanità. La norma per avviare i concorsi c'è, ma l'ok definitivo da Roma non è ancora arrivato. Intanto il tempo passa. Con il rischio concreto che Asl e ospedali della Campania non riescano più a garantire i servizi essenziali ai pazienti. A lanciare l'allarme è il subcommissario Mario Morlacco: «Da quattro mesi si registra un'impasse sulle procedure mentre per autorizzare la Regione, secondo la legge, è sufficiente una delibera del Consiglio dei ministri». Il problema, avverte, è che i vuoti negli organici stanno diventando incolmabili: «Al Cardarelli mancano un centinaio di infermieri, al Ruggi di Salerno ottanta». Il direttore generale dell'Asl Napoli 1, Ernesto Esposito, rincara la dose: «Siamo allo stremo. Finora siamo riusciti a tamponare l'emergenza ricorrendo agli straordinari e ai doppi turni. Ma ormai il personale, stanco e oberato dai carichi di lavoro, rinuncia persino a guadagnare di più.

I numeri

Personale in servizio
nelle aziende sanitarie
e ospedaliere

Nel 2006

57.407



Nel 2012

48.429

TOTALE
8.978
unità
in meno



Fondi dovuti dallo Stato
alla Campania

1.700 milioni



Fondi pignorati
alle Asl

400 milioni

CENTINERRE.it

> A pag.35

L'allarme di Bissoni (Agenas): "Sulle famiglie i ticket sanitari pesano più dell'Imu e dell'Iva"

Uno studio dell'Agenzia mostra gli effetti del "superticket": 400 euro a famiglia, che da gennaio potrebbero raddoppiare. Pesantissimo per i cittadini che pagano. Ridotte del 17,2% le prestazioni richieste. Ma ci rimette anche il Ssn che non compensa i mancati finanziamenti.

09 MAG - Il superticket sull'assistenza specialistica introdotto con la finanziaria 2011, l'ultima firmata da Tremonti, sembra aver fallito l'obiettivo. Avrebbe dovuto compensare un mancato finanziamento al Ssn di 830 milioni, ma le stime dicono che complessivamente dovrebbe aver prodotto un gettito di soli 244 mln. E in alcune Regioni, come il Veneto, tra il 2011 e il 2012 si è registrata addirittura una riduzione delle somme provenienti dai ticket.

I dati vengono da uno studio condotto dall'Agenas, nell'ambito del progetto Remolet (Rete di monitoraggio dei livelli essenziali tempestiva), e sono stati presentati questa mattina alla stampa da Giovanni Bissoni, presidente dell'Agenzia, Fulvio Moirano, direttore dell'Agenas, e Cesare Cislighi, che ha curato l'indagine.

“Questo lavoro mostra come la riduzione di finanziamenti di ulteriori due miliardi dal gennaio 2014, prevista dalla stessa finanziaria 2011, sia insostenibile per il sistema” ha sottolineato Giovanni Bissoni. “Non sta a me dare soluzioni – ha aggiunto – ma non affrontare questa scadenza imminente è un fatto grave, anche perché l'impatto dei ticket su chi li paga è più pesante dell'Imu o dell'Iva, che stanno avendo tanta attenzione”. Bissoni ha poi richiamato gli effetti negativi prodotti dall'introduzione del superticket. Innanzi tutto il fatto che i cittadini non esenti abbiano richiesto al Ssn il 17,1% in meno di prestazioni specialistiche. “Non possiamo certo pensare – ha detto – che questo sia un dato positivo, di maggiore appropriatezza. Si tratta invece o di casi in cui si è rinunciato per ragioni economiche, o di prestazioni acquistate direttamente dal privato, che le offre a prezzi concorrenziali, ponendo anche problemi in termini di qualità e sicurezza”. E questa riduzione delle prestazioni danneggia due volte il Ssn, che ha realizzato entrate al di sotto delle aspettative, ma con costi fissi inalterati. Illustrando i dati sull'applicazione dei ticket a livello regionale, Fulvio Moirano ha rimarcato come “alcune differenze tra Regioni nel gettito da ticket sono riconducibili alle diverse scelte compiute nell'applicazione delle norme sulla compartecipazione, sia come importi che come fasce di esenzione”. Proprio per questo, ha aggiunto, “riteniamo di dover approfondire questo tema attraverso la nostra attività di ricerca”.

I dati del progetto Remolet sono quelli forniti volontariamente ad Agenas da alcune Regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio Campania e Sicilia) e corrispondono dunque all'80% della popolazione italiana, riportati poi ad una dimensione nazionale attraverso stime affidabili.

In particolare, lo studio illustrato oggi da Cesare Cislighi ha messo a confronto i dati sui ticket per la specialistica (clinica, diagnostica e laboratorio) tra il primo semestre 2011 e il primo semestre 2012, quando è entrato in vigore il superticket. In media si è registrata una diminuzione delle prestazioni erogate a carico del Ssn dell'8,5%, distribuita su tutte le aree ma più marcata per gli esami di laboratorio. Questa riduzione è inoltre più rilevante nelle strutture private accreditate (-11,8%) che nelle strutture pubbliche (-7,6%), mentre nella fascia di popolazione che non ha esenzioni né per reddito né per patologie (che corrisponde alla metà circa di coloro che fanno ricorso alle prestazioni specialistiche) ha raggiunto il 17,2%. Trattandosi di percentuali rilevanti, non giustificabili sotto il profilo epidemiologico, questo vuol dire che una parte di cittadini, visti i maggiori costi delle prestazioni del Ssn, ha deciso di non richiederle o rinunciandovi del tutto o acquistandole dalle strutture private, che spesso le offrono a costi competitivi rispetto a quelli del Ssn. Di conseguenza, tra il 2011 e il 2012, malgrado l'introduzione del superticket gli introiti derivanti dalla compartecipazione dei cittadini al Ssn, secondo le stime di questo studio sono cresciuti solo di 244 mln, una cifra ben lontana da quella ipotizzata, che era di 830 mln.

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA
TABELLE DI SINTESI DEI PROVVEDIMENTI REGIONALI RELATIVI A PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE AMBULATORIALI E FARMACEUTICA
 (AGGIORNATE SULLA BASE DELLA NORMATIVA DISPONIBILE AL 3 maggio 2013)

Prestazioni specialistiche ambulatoriali – Articolazione del Sistema di compartecipazione alla spesa nelle regioni (eccetto Friuli VG, per il quale non si dispone di informazioni)

QUOTA RICETTA NON APPLICATA	QUOTA RICETTA	MISURE ALTERNATIVE ALLA QUOTA RICETTA EX DL 98/2011	
	10 euro	Rimodulazione quota aggiuntiva in base al reddito familiare	Rimodulazione quota aggiuntiva in base al valore della ricetta
VdA Bolzano Trento	Liguria Lazio Abruzzo Molise Puglia Calabria Sicilia	Veneto 5 o 10 € <hr/> Marche da 0 a 15 €, TAC-RM da 26,2 a 70,2 € <hr/> Emilia Romagna da 0 a 15 € + ticket max 36,15 €, eccetto le seguenti per le quali si paga solo quota fissa: TAC-RM da 36,15 a 70 €, Viste specialistiche 23 € la prima visita e 18 € le successive, chirurgia ambulatoriale 46,15 € <hr/> Toscana da 0 a 30 €, TAC-RM da 0 a 34 €, chirurgia ambulatoriale, Pet e scintigrafia da 0 a 40 € <hr/> Umbria da 0 a 15 € + ticket, eccetto TAC-RM per la quale si paga solo quota fissa da 0 a 34 €	Piemonte da 0 a 30 € Lombardia da 0 a 30 € Campania da 0 a 20 € Basilicata da 0 a 30 €

Fasce di reddito applicate nelle regioni

Fasce di reddito Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche
fino a 36.151,98 €
fra 36.151,99 e 70.000 €
da 70.001 a 100.000 €
superiore a 100.000 €

Fasce di reddito Veneto
fino a 29.000 €
superiore a 29.000 €

Fasce di reddito Basilicata (solo per la farmaceutica)
fino a 14.000 €
da 14.000 a 22.000 €
da 22.000 a 30.000 €
superiore a 30.000 €

Modalità di calcolo delle fasce di reddito nelle regioni

Veneto	reddito familiare fiscale ai sensi del DM 1993
Emilia Romagna	reddito familiare
Toscana	reddito familiare o ISEE
Umbria	fasce di reddito lordo familiare fiscale o ISEE
Marche	fasce di reddito del nucleo familiare
Basilicata	reddito ISEE
Sicilia	reddito familiare

Principali caratteristiche dei sistemi regionali di compartecipazione alla spesa farmaceutica

Regione	Ticket per confezione	Max per ricetta	Farmaci equivalenti (non coperti da brevetto)	altro
Valle d'Aosta	//	//	differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	Esenzioni come da normativa nazionale
Piemonte	2€	4€	differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	- antibiotici monodose medicinali somministrabili solo per fleboclisi, interferoni per soggetti affetti da epatiti croniche(max fino a 6 confezioni per ricetta) 1 € max 4€ - farmaci correlati pat cronica 1€ max 3€
Lombardia	2€	4€	Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	1€ per confezione max 3€ per ricetta per: - pazienti esenti per patologia e mal. rare solo per farmaci correlati patologia con redditi superiori a quelli previsti per l'esenzione totale - invalidi civili con % > 2/3 o con assegno di accomp. e invalidi del lavoro con % > 2/3, solo per antibiotici monodose, interferoni per soggetti affetti da epatite cronica e medicinali somministrati escl. per fleboclisi (max 6 conf. per ricetta)
Bolzano	2€	4€	Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	- alcune categorie di utenti 1€ per ricetta - figli fiscal. a carico 1€ max 2€
Trento	//	//	differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	
Veneto	2€	4€	Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	- antibiotici monodose medicinali somministrabili solo per fleboclisi 2 € max 4€
Liguria	2€	4€	Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	- antibiotici monodose e e di medicinali somministrati per fleboclisi 2€ max 4€
Emilia Romagna	Fasce reddito 0€ 1€ 2€ 3€	Fasce reddito 0€ 2€ 4€ 6€	Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	- il ticket si applica alla prescrizione di ossigeno equiparando la bombola alla confezione
Toscana	Fasce reddito 0€ 2€ 3€ 4€	Fasce reddito 0€ 2€ 6€ 8€ - Max prezzo del farmaco - Max 400€ anno per singolo utente	Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	- esenzioni per patologie croniche e invalidanti limitata agli gli assistiti con reddito fino a 70.000 €

Regione	Ticket per confezione	Max per ricetta	Farmaci equivalenti (non coperti da brevetto)	altro
Umbria	Fasce reddito 0€ 1€ 2€ 3€	Fasce reddito 0€ 2€ 4€ 6€ (Max prezzo del farmaco)	Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	- il ticket si applica alla prescrizioni di ossigeno equiparando la bombola alla confezione
Marche	//	//	differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	
Lazio	Confezioni >5€: non esenti 4€ esenti 2€ Confezioni <=5€: non esenti 2€ esenti 1€		differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	
Abruzzo	Confezioni >5€: 2€ Confezioni <=5€: 0,50€ Invalidi: 0,25€	Confezioni >5€: 6€ Confezioni <=5€: 1,50€ Invalidi: 0,75€	- farmaci equivalenti prezzo <= riferimento AIFA: 0€ - farmaci equivalenti di prezzo > riferimento AIFA: 0,50€ a conf., max 1,50€ a ricetta, + diff. sul prezzo di riferimento	
Molise	0,50 € a ricetta + Farm branded >5€: 2€ Farm brev scad >5€: 0,50€	0,50 € a ricetta + Max 6€	Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	
Campania	2 € a ricetta + 1,5€ (escl. equivalenti con prezzo allineato a rifer. regionale)			La quota fissa di 2 € a ricetta non si applica alle prescrizioni di ossigeno liquido e gassoso e ai farmaci del PHT
Puglia	1€ a ricetta + 2€	1€ a ricetta + 5,5€	1€ a ricetta + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	- antibiotici monodose medicinali sommi. solo per fleboclisi, interferoni per soggetti affetti da epatiti croniche 0,50 € per confezione + 1 € per ricetta
Basilicata	Quota fissa per ricetta per fasce di reddito 0€ 1,50€ 2,00€ 2,50€		Quota fissa + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	
Calabria	1€ a ricetta + 2€	5€	differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	
Sicilia	Fasce di prezzo Fino a 25€: 4€ Oltre 25€: 4,50€		Ticket per confezione Fasce di prezzo Fino a 25€: 2€ Oltre 25€: 2,50€	soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti e rare: Ticket per confezione per fasce di prezzo: - Fino a 25€: 1,5€ - Oltre 25€: 2€ - Farmaci generici 1€ / 1,50€
Sardegna	//	//	differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso	

Sanità. Lo studio dell'Agenas

Flop dei super-ticket Incassi dimezzati

Paolo Del Bufalo

■ Tartassati dai **ticket** che oggi valgono 150 euro per ciascun italiano "non esente" e che nel 2014 rischiano di schizzare a 300-350 euro, fino a 700 a famiglia. Mentre le Regioni si leccano le ferite e calcolano perdite per 400 milioni per effetto proprio dei superticket. Dai quali gli italiani scappano e rinviando le cure. Paradossi italiani. Ma non troppo: perché nel 2014, se scatterà addirittura un aumento di 2 miliardi dei ticket, la batosta sarebbe pesantissima. A fare i conti sugli effetti dei ticket è il primo studio dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas) sulle prestazioni specialistiche, presentato ieri a Roma. Prestazioni che nel primo trimestre 2012 rispetto al 2011 sono costate di più e sono anche diminuite per l'effetto del bisogno di spendere meno anche rinunciando alle cure e della fuga dal servizio pubblico verso prestazioni private low cost più convenienti del ticket, ma spesso con meno garanzie di qualità.

Con il sistema attuale di copayment i due miliardi in più di ticket dal 2014 raddoppierebbero la spesa dei 15 milioni di cittadini non esenti, con un onere complessivo medio per famiglia (oltre 700 euro circa per due persone) superiore a quello dell'Imu sulla prima casa, ha sottolineato Fulvio Moirano, direttore dell'Agenzia. Equità addio, quindi.

E al danno si rischia di unire la beffa: il Documento di economia e finanza 2013 - ha spiegato il presidente Agenas, Giovanni Bissoni - parla di minori entrate

per lo Stato di 2 miliardi, legate allo stop che ticket dato dalla sentenza della Corte costituzionale 187/2012. Il Def - che non prevede risorse aggiuntive - evidenzia però anche una minore spesa 2012 di 2,7 miliardi rispetto alle previsioni. Ma si tratta risparmi anti-deficit, non di maggiori risorse e pensare di coprire così i mancati ticket manderebbe in tilt i bilanci di tutte le Regioni, anche le più virtuose.

Lo studio mette in risalto anche una diminuzione media dell'8,5% delle prestazioni specialistiche, specie per gli esami

LE PROSPETTIVE

Nel 2014 c'è il rischio che la spesa superi quanto viene versato per l'Imu sulla prima casa

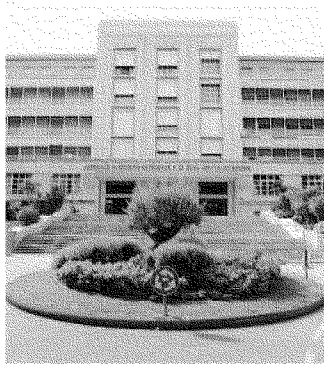
di laboratorio, importanti per garantire le diagnosi, e con il calo maggiore nei presidi privati accreditati col Servizio sanitario nazionale (-11,8% rispetto al -7,6% delle strutture pubbliche). «Tutto il sistema ticket-esenzioni ha evidenziato distorsioni negli effetti prodotti sia per la spesa che per l'equità - ha concluso Cesare Cislighi, uno degli autori dello studio - e sarebbe quindi opportuno che fosse rivisto se non ridimensionando, almeno ristrutturandolo perché a pagare sia chi può farlo e non chi ha redditi bassi o già subisce spese extra come i malati cronici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità

Ticket 2014:
un salasso
da 350 euro

Un vero e proprio salasso, che potrebbe costare a testa 300-350 euro, invece dei 150 attuali. È quello che potrebbe abbattersi sulle tasche (sempre più vuote) degli italiani a partire dall'1 gennaio 2014 quando dovrebbero scattare 2 miliardi di euro aggiuntivi di ticket che, di fatto, raddoppiano il totale che lo Stato conta di incassare dalla compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria (nel 2012 per la specialistica gli italiani hanno già pagato 2,2 miliardi). Un impatto che il sistema non sarebbe in grado di reggere secondo l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) se non si amplia la platea dei paganti (di chi cioè non è esente per reddito o per patologia): ad oggi infatti per specialistica ed esami paga il ticket solo il 25% degli italiani, spendendo in media 150 euro a testa. Un raddoppio delle entrate previste dai ticket rischierebbe insomma di tradursi in una «batosta per chi paga», come ha sottolineato il presidente dell'agenzia, Giovanni Bissoni.



L'ospedale Monaldi

L'altra metà del fondo finanzia un progetto dell'associazione Germoglio

L'iniziativa

Macchinario di 54 mila euro alla Terapia intensiva neonatale Nuove tecnologie al Monaldi con l'asta di beneficenza di Sepe

NUOVE tecnologie alla Tin (Terapia intensiva neonatale) del Monaldi diretta da Paolo Galimberti. La donazione alla struttura in cui vengono tenuti in osservazione (e trattati) i bambini nati prima del termine, è frutto di una parte del ricavato della consueta asta di beneficenza indetta dal cardinale Crescenzo Sepe. Il macchinario (elettroencefalografo ad ampiezza integrata) costato circa 54 mila euro, riesce a diagnosticare in tempi rapidi una patologia cerebrale acquisita, congenita o, anche, acuta. In particolare, l'elettroencefalografo monitora in tempo reale l'attività cerebrale dei piccoli pazienti.

«C'è un senso di carità che si incarna in questi gesti — osserva Sepe — e di solidarietà che concorre a migliorare la qualità della vita e la crescita umana, sociale e spirituale della nostra comunità». La Tin, che dispone adesso di tre tecnologie diagnostiche di questo tipo per i bimbi nati prima della 32esima settimana, dispone di 12 posti letto, con un turn over annuale di circa 260 pazienti. L'altra metà del fondo-asta finanzia un progetto dell'associazione Germoglio e destinata al Fatebenefratelli.

(giuseppe del bello)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La solidarietà, la cura Scelte cinque città

Con Heracles contro i tumori al colon-retto



Somministrato il farmaco ai malati in via sperimentale Appello per reclutare pazienti

Marisa La Penna

Prende il nome di «Heracles» la sperimentazione sui malati di tumore maligno al colon-retto, firmata da Airc-Firc, l'associazione italiana per la ricerca sul cancro. Una sperimentazione effettuata in cinque città (Milano, Torino, Padova, Bologna e Napoli) che sta dando grandi risultati. Nella nostra città il nuovo farmaco viene somministrato dall'equipe del professore Fortunato Ciardiello, ordinario di Oncologia Medica alla seconda università.

Ne parla Paolo Comoglio, coordinatore del programma «Airc 5 per mille - Terapie mirate nel cancro metastatico del colon-retto» finanziato dai contribuenti italiani che hanno scelto di dare il loro 5 per mille all'associazione. Dice: «I nostri ricercatori, "cappugiati" da Livio Trusolino, hanno infatti scoperto che il dieci per cento dei pazienti affetti da questa patologia presenta un'alterazione del gene Her2, un'anomalia finora trovata nel cancro del seno e dello stomaco, contro la quale esistono già diversi farmaci biologici». E si dice ottimista anche Salvatore Siena, del Niguarda di Milano che sta coordinando la parte clinica della sperimentazione. «I risultati ottenuti nei primi sei pazienti curati con farmaci biologici anti Her2 sono molto promettenti, si sono viste risposte significative e in molti casi la stabilizzazione della malattia. Si tratta, certo, di risultati iniziali, ma che danno già un'idea dei possibili esiti della sperimentazione» precisa Siena.

Grazie ad «Heracles» si potranno, dunque, curare quei pazienti con cancro del colon che non rispondono alle terapie convenzionali. «Abbiamo messo a punto una guida essenziale per i pazienti che volesse-

ro entrare nello studio. La stessa rivista di Airc lancia l'appello per il reclutamento dei pazienti: più adesioni arriveranno e prima la sperimentazione si potrà tradurre in protocollo terapeutico. Per conoscere più nel dettaglio questo lavoro e per sapere come aderire allo studio, Airc mette a disposizione a questo indirizzo il testo integrale dell'articolo: www.airc.it/heracles» conclude il medico. Il programma vede al lavoro oltre cento tra ricercatori e clinici.

E, sempre a proposito di Airc-Firc, domenica prossima, come è noto, è la festa della mamma. Anche quest'anno l'associazione per la ricerca sul cancro distribuirà, grazie al contributo di venticinquemila volontari, in oltre 3600 piazze ben seicentomila azalee.

«La distribuzione dell'Azalea - spiegano all'Airc - rappresenta l'occasione migliore per ricordare il ruolo cruciale della prevenzione e della diagnosi precoce. Quasi il 70 per cento dei tumori potrebbe essere prevenuto o almeno diagnosticato in tempo, se tutti avessimo stili di vita corretti e aderissimo ai protocolli di screening e diagnosi precoce. La guida "I colpi vincenti della prevenzione - Vecchi e nuovi esami per battere il cancro", che verrà distribu-

ita con le azalee il 12 maggio, sottolineerà, attraverso precise indicazioni, come la prevenzione sia infatti la vera sfida della lotta ai tumori».

Ed ecco le piazze napoletane dove sarà possibile trovare le azalee: piazza del Gesù, piazza Europa, piazzetta Arenella, piazza Amedeo, piazza degli Artisti, piazza dei Martiri, piazza San Vitale, piazza San Luigi, piazza San Pasquale, piazza Trieste e Trento, piazza Vanvitelli, piazza Vincenzo Aprea, via del Sole, via dell'Epomeo, altezza chiesa di Montevergine, via Gaetano Salvatore (Ceninge), via Luca Giordano (Fnac), via Mariano Semmola (Pascale), via Petrarca (Serpentone), via Santa Brigida (Banca Popolare Ancona)



**In piazza
Domenica
per la festa
della mamma
l'Airc-Firc
venderà
le azalee
per la ricerca**



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Dopo il caso dell'ammalato disteso sulla scrivania del San Giovanni Bosco è emergenza anche in altri ospedali

Pazienti curati su sedie e barelle

Caos posti letto dal Cardarelli al Vecchio Pellegrini, disagi al pronto soccorso

Maria Pirro

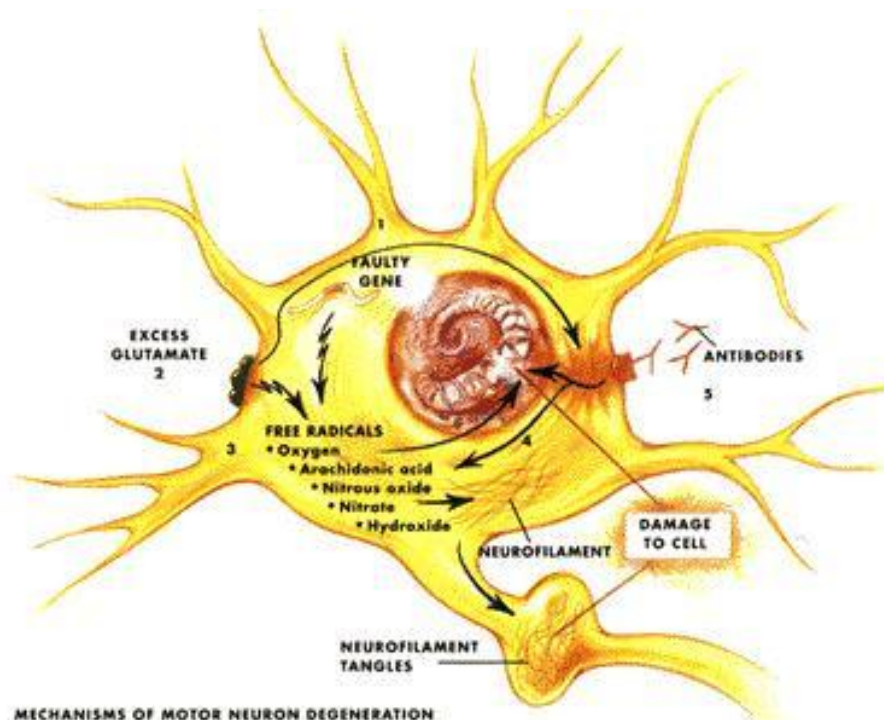
«**S**e al San Giovanni Bosco visitano un paziente disteso sulla scrivania, perché tutte le barelle sono occupate, la situazione è persino peggiore all'ospedale dei Pellegrini. Questa mattina ci sono cinque ricoverati in pronto soccorso. Qui possono restare anche per due giorni in attesa che si liberi un posto nei reparti o in un altro presidio». A lanciare l'allarme i sindacalisti della struttura sanitaria della Pignasecca, ma anche al Cardarelli, in ortopedia per esempio, è record lettighe. Sos Vecchio Pellegrini. «Al pronto soccorso si è costretti a praticare le terapie d'emergenza anche a pazienti sistemati sulle sedie», denunciano i sindacati. E al Cardarelli boom di ricoverati in barella.

> **A pag. 34**



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News

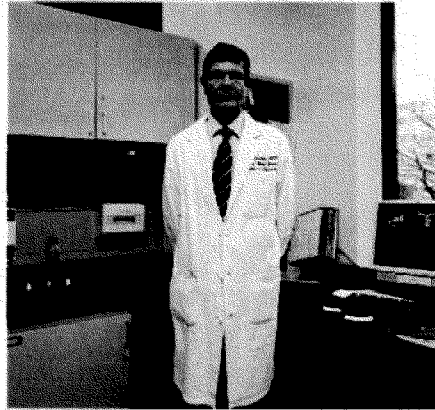


MECHANISMS OF MOTOR NEURON DEGENERATION

Congelate quel tumore

Raffreddare le cellule del cancro al seno prima di toglierlo. Per stimolare il sistema immunitario. Contro le metastasi

DI ANTONIO CARLUCCI
DA NEW YORK



Un ago infilato nel seno che raggiunge il tumore. La temperatura portata a meno 20 gradi centigradi. Le cellule tumorali congelate in pochi secondi. L'acqua presente nelle cellule prima diventa ghiaccio e poi esplosione liberando gli antigeni tumorali che riprendono a essere attivi. Non soltanto nel seno, ma in tutto il corpo. Negli ultimi 12 mesi questa è stata la tecnica utilizzata in molti casi al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York e i risultati fino ad ora ottenuti aprono un nuovo fronte di intervento per la cura dei tumori mammari.

Lo studio pilota porta la firma di un gruppo di una ventina di medici, tra chirurghi, ematologi, patologi, radiologi e immunologi che hanno portato avanti la sperimentazione nel più antico istituto scientifico dedicato esclusivamente alla cura dei tumori del mondo. Sono quasi tutti americani e tra questi uno dei più conosciuti esperti di melanoma, Jeed D. Wolchok, e il più noto tra gli esperti di oncologia della mammella, Larry Norton. Ci sono anche due italiani: Virgilio Sacchini, chirurgo specializzato nei tumori al seno, da dieci anni a New York e proveniente dall'Istituto europeo di oncologia di Milano, ed Edi Brogi, la responsabile del gabinetto di patologia allo Sloan-Kettering, professoressa al Weill Cornell Medical College di New York e che ha iniziato la sua carriera con gli studi di medicina a Firenze. Questa sperimentazione sarà presentata al convegno annuale dell'American Society of

Clinical Oncology che si svolgerà a Chicago alla fine di maggio.

«Lo studio pilota riguarda venti casi, tutti volontari», racconta Sacchini a "L'Espresso". Tutte pazienti con un tumore più grande di 1,5 centimetri. L'obiettivo è quello di aumentare la risposta immunologica dell'organismo ammalato contro la presenza del tumore. «Normalmente il sistema immunitario non riconosce il tumore», spiega Sacchini: «Oppure ha una reazione debole perché gli antigeni tumorali, ovvero le proteine del tumore che differiscono dalle proteine normalmente presenti nella cellula, sono per così dire protetti all'interno della cellula tumorale stessa e nascosti al sistema immunitario».

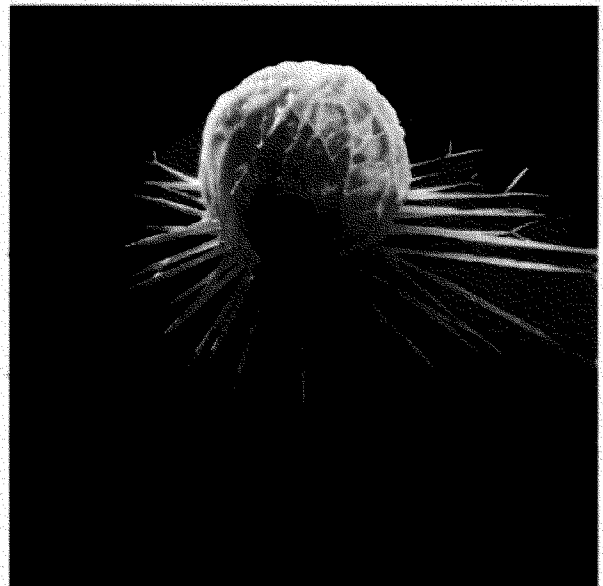
Partendo da questa considerazione i vari specialisti dello Sloan-Kettering hanno individuato nella cosiddetta crioablazione un sistema affidabile per riuscire a risvegliare le cellule antitumorali. I primi test sono stati effettuati su topi che avevano un tumore alla prostata e che avevano anche metastasi. La risposta è apparsa subito convincente, perché dopo l'inserimento dell'ago e il raffreddamento repentino a meno 20 si riattivavano gli antigeni tumorali, anche nelle metastasi.

Con questo risultato

positivo, è stata presa la decisione di seguire lo stesso percorso sulle donne con un tumore mammario. Le pazienti che hanno accettato il test hanno seguito questo percorso: prima a livello ambulatoriale è stata fatta la crioablazione del tumore. Poi, a distanza di una settimana, è stata eseguita l'operazione chirurgica di rimozione del tumore stesso. Non solo: insieme alla crioablazione, le pazienti hanno ricevuto una dose di ipilumab, un farmaco sino a oggi utilizzato nel trattamento dei melanomi, che ha la capacità di inibire una molecola (CTLA4/B7) che impedisce ai linfociti T di svilupparsi e agire da agenti immunitari anti-tumore. Il farmaco si è rivelato un potente acceleratore della produzione di antigeni tumorali. E l'intero trattamento ha evitato alle pazienti di doversi sottoporre alle successive chemioterapie per evitare il ritorno del tumore o lo sviluppo di metastasi in altre parti del corpo.

I primi risultati di questo protocollo sono stati annunciati al Breast Cancer Symposium che si è svolto l'anno scorso a San Antonio, in Texas. Adesso il comitato scientifico dell'Asco di Chicago ha dato il via libera alla presentazione dello studio pilota. ■

CELLULA TUMORALE DEL SENO. SOPRA: IL CHIRURGO VIRGILIO SACCHINI





Giovanni Blandino
dell'Istituto
Regina Elena
di Roma
e, a destra,
un modello
di microRna



NUOVE RICERCHE PUNTANO SU PICCOLE MOLECOLE
DI **MATERIALE GENETICO** PER DIAGNOSI PRECOCI

UN FRAMMENTO DI RNA SVELA IN ANTICIPO IL TUMORE AL SENO

di **Agnese Codignola**

Sono piccoli, piccolissimi, ma molto importanti. I microRna, più noti come miRna, sono frammenti di materiale genetico un tempo considerati inattivi, ma oggi molto studiati per il loro ruolo di regolatori della sintesi di proteine e quindi, indirettamente, della vita della cellula. Per quanto riguarda i tumori, i miRna stanno assumendo un'importanza crescente grazie alle loro caratteristiche uniche: sono stabili, si trovano nei tessuti ma anche nel sangue e, soprattutto, possono trovarsi

in misura diversa nelle cellule sane e in quelle malate.

Il gruppo guidato da Giovanni Blandino, dell'Istituto nazionale dei tumori Regina Elena di Roma, ne ha identificato appunto uno che è presente in quantità sensibilmente differenti a seconda che la cellula in cui si trova provenga da un tumore mammario o da un tessuto sano: il miRna 10b-star. Spiega Blandino: «Questo miRna, legato alla proliferazione cellulare, si riduce molto presto nei tessuti tumorali, ma non in quelli sani della stessa donna. Può quindi costituire un marcato-

re assai precoce della presenza del tumore, e segnalarla anche quando gli esami diagnostici classici non mostrano nulla, soprattutto nelle donne a rischio. Inoltre potrebbe darci informazioni sulla prognosi, dal momento che più la sua presenza è bassa, più il tumore è aggressivo».

Ora gli studi, grazie anche ai finanziamenti Aire provenienti dalla vendita di azalee, sempre impiegati in ricerche su tumori femminili, proseguono per verificare l'andamento dei miRna 10b-star sul lungo periodo e in un campione di oltre mille donne. ■

Medicina Nella giornata delle azalee dell'Airc, successi e speranze di un team di scienziati italiani

Così il computer ci aiuta a scoprire nuovi farmaci

Nel laboratorio "Drug Discovery" dell'Università di Modena e Reggio Emilia si studia per scovare una cura contro il tumore all'ovaio. Con la **tecnica**, molto raffinata, del "virtual screening"

di **Alessandra Dal Monte**

Trovare una cura per il tumore grazie al computer. Non è fantascienza, oggi con le tecniche di "virtual screening" si può. O perlomeno, ci si prova: i ricercatori simulano sullo schermo l'interazione tra le molecole del corpo umano e altri tipi di molecole schedati nei database internazionali. I composti che sembrano produrre gli effetti migliori vengono poi testati su campioni di cellule vere: se funzionano, partono le procedure per arrivare alla generazione di nuovi farmaci. Una tecnica tanto raffinata quanto complicata, perché per far comparire sul computer le particelle del corpo umano, dalle proteine alle cellule, bisogna cristallizzarle, misurarle e disegnarne la struttura in 3D. Per non parlare di com'è difficile selezionare le giuste molecole. Ma, a parte gli intoppi, i risultati di questa tecnica sono incoraggianti.

Lo dimostra il lavoro del laboratorio "Drug discovery di inibitori enzimatici" dell'Università di Modena e Reggio Emilia: qui i ricercatori hanno usato il "virtual screening" per scovare una cura del tumore all'ovaio. Un male subdolo, senza sintomi evidenti, che in Italia colpisce oltre quattromila donne all'anno e si colloca al nono posto tra le forme tumorali più diffuse (dati Airc). I 30 studiosi del laboratorio, la maggior parte tra



Dove nasce la speranza

A sinistra, un laboratorio dove si pratica il "virtual screening". Nel fondo, la dottoressa Maria Paola Costi, che coordina il laboratorio dell'Università di Modena e Reggio Emilia.



i 25 e i 35 anni, sono riusciti a capire come bloccare la proliferazione delle cellule malate dell'ovaio. Una scoperta unica al mondo: nessuno finora aveva pensato di inibire queste cellule così come l'hanno fatto loro.

Il finanziamento. Dietro al primato c'è Maria Paola Costi, 53 anni, professore ordinario di Chimica farmaceutica nell'ateneo emiliano e coordinatrice del laboratorio. È stata lei che nel 2006, partecipando a un bando europeo, ha avuto l'intuizione: perché non attaccare in modo diverso la proteina che, sintetizzando il DNA, produce le cellule malate? Invece di mandare i farmaci ad aggredire il "sito attivo" della proteina, la ricercatrice ha pensato di andare a "disturbare" un'altra area, i monomeri, cioè le due unità di cui la proteina si compone. Se queste due unità vengono divise la proteina "si spegne", non producendo più il DNA neces-

sario alla nascita di nuove cellule.

La dottoressa Costi ha presto capito che l'idea era buona, così nel 2010 ha chiesto un finanziamento all'Airc per proseguire le sue ricerche. Il contributo, 660mila euro, è stato accordato e dopo tre anni i risultati si possono definire ottimi: «Il composto di molecole che abbiamo scoperto riesce a bloccare la proliferazione delle cellule tumorali, mentre i farmaci in uso adesso contro il cancro all'ovaio non funzionano così bene», spiega la studiosa. «Però non sappiamo ancora se il nostro composto potrà diventare effettivamente un farmaco: al momento, dopo l'approvazione del Comitato etico di Modena, lo stiamo testando su campioni di cellule umane. Poi si passerà alla sperimentazione su animali, per almeno tre anni. Infine, se tutto va bene, potremo avviare i test clinici sui pazienti. Ma non prima del 2016».

In attesa di scoprire che cosa accadrà, il team del laboratorio Drug Discovery è fiducioso: il composto scoperto con il "virtual screening" è già stato brevettato. E i ricercatori hanno firmato il primo articolo scientifico al mondo su questo tema. «Tutto ciò dimostra che la ricerca è fondamentale», commenta la dottoressa Costi. «In Italia le competenze scientifiche ci sono, ma per renderle produttive servono risorse. Quando si riescono a finanziare progetti come questo i risultati arrivano».

ACQUISTI UNA PIANTA E AIUTI CHI FA RICERCA

Domenica 12 maggio torna l'appuntamento con l'Azalea della ricerca, la giornata di raccolta fondi Airc dedicata alla cura dei tumori che colpiscono le donne. Quel giorno 25mila volontari saranno nelle piazze italiane per distribuire oltre 600mila azalee. Un'occasione per ricordare che quasi il 70% dei tumori potrebbe essere prevenuto, o diagnosticato in tempo, adottando stili di vita corretti e partecipando ai protocolli di screening e diagnosi precoce. Per trovare le Azalee della ricerca: 840 001 001 oppure www.airc.it.



Esercizio fisico **DIAMO UNA MANO AI RENI**

Per i pazienti in dialisi bastano 10 minuti di attività fisica al giorno per ridurre il rischio di mortalità del 12 per cento. L'esercizio moderato si dimostra così, ancora una volta, un farmaco a costo zero. A dimostrarlo è stato uno studio condotto dai ricercatori dell'Università di Kitasato, in Giappone, che ha coinvolto più di 200 pazienti tenuti sotto controllo per sette anni. Dall'analisi della quantità di moto eseguita dagli emodializzati nei giorni in cui non si dovevano sottoporre a terapia è apparso chiaro il vantaggio in termini di sopravvivenza guadagnato da chi faceva attività fisica costante e moderata. Alla luce di questi risultati, la Società italiana di Nefrologia ha proposto di condurre un trial clinico per capire quale sia il beneficio dell'esercizio fisico anche in pazienti in fase avanzata di insufficienza renale e in chi si è sottoposto a trapianto di rene.

Letizia Gabaglio