



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Sanità, tra sei mesi stop al commissariamento

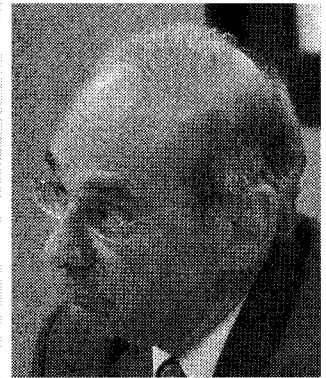
L'annuncio di Calabrò. Tra gli effetti immediati la riduzione della pressione fiscale sui ticket

NAPOLI (mb) - Le prime attestazioni di fiducia sono arrivate dall'esterno. Ora, che la situazione sia decisamente migliorata e che presto ci si potrà liberare di una zavorra di grande peso lo dice chi se ne occupa tutti i giorni: "Sono convinto che a dicembre questa fase dovrebbe terminare": così il consigliere per la Sanità del presidente della Regione Campania, **Raffaele Calabrò**, ha detto in merito all'uscita dal commissariamento della Campania, che è soggetta al Piano di rientro dal deficit sanitario. Parlando a margine di un convegno, Calabrò ha spiegato che "non si tratta di una trattativa 'marocchina' sull'uscire o meno dal commissariamento. Porteremo al ministero i conti a posto e una capacità di ripondere ai livelli essenziali di

assistenza - prosegue - e sono convinto che a dicembre dovrebbe terminare". Se questo accadrà sarà ridotta de facto la pressione fiscale sui ticket e sulle quote Irpef e si potrà pensare allo sblocco totale del turn over. Su questo punto, precisa, si sta lavorando per la sistemazione del precariato, che diventa sempre più diffuso. "Si è cominciato su questa strada con concorsi per 350 posti che partiranno a breve e prevediamo di dare questa possibilità a un contingente analogo per il prossimo anno", ha spiegato Calabrò. Sulla quesitone dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), il consigliere del presidente ha chiarito che bisogna prendere in seria considerazione il sistema di welfare sanitario che il Paese vuole dare, ovvero "se c'è la

possibilità di dare tutto a tutti oppure se occorre fare delle scelte, che personalmente credo vadano fatte, tenendo in considerazione il livello economico della popolazione e, dall'altra parte, quali sono le esigenze di salute". Decidere quindi quali sono le prestazioni e i livelli sanitari da garantire a tutti e quelli da assicurare a chi ha meno possibilità economiche. Questo nell'ottica di "privilegiare una sanità pubblica, perchè il rischio di andare verso una sanità prevalentemente privata nasce proprio se continuiamo sulla stessa linea, con l'aumento dei ticket che non fa altro che portare il paziente verso una sanità esterna, molto spesso low cost, che potrebbe anche essere low quality, abbandonando le strutture pubbliche per rivolger-

si al privato". Per Calabrò bisogna quindi prevedere strutture private con un accredito molto forte e serio, affinché non ci sia una differenza di capacità assistenziale tra pubblico e privato.



Nella foto in basso Raffaele Calabrò, consigliere delegato alla Sanità del presidente Stefano Caldoro



MEDICI. 2 – Benessere lavorativo dei camici bianchi: test on-line Regione

Campania e Ordine professionale in campo per sondare il terreno del benessere lavorativo nell'esercizio della professione medica e odontoiatrica. Alla presentazione del progetto è intervenuto il presidente



Raffaele Calabrò

dell'Ordine partenopeo **Bruno Zuccarelli** e **Raffaele Calabrò**, consigliere per la Sanità del presidente della Regione **Stefano Caldoro**. Appuntamento organizzato da **Carolina Ciacci** e **Sandra Frojo**, componenti del Comitato unico di garanzia dell'Ordine dei medici. Sono intervenuti **Alida Labella**, **Paola Profeta**, **Giovanna Napoletano**, **Annarita Frullini** e **Agostino Saselle**. Per la prima volta arriva la presentazione on-line ai 23 mila camici bianchi di Napoli e provincia di un questionario col quale i laureati in medicina e odontoiatria sono stati invitati a partecipare a una sorta di censimento sulla loro attività professionale. Un'indagine per raccogliere informazioni sugli iscritti (sesso, anno di nascita, stato civile, nazionalità, anno di laurea e specializzazione) per poi addentrarsi nelle singole problematiche professionali. Domande rivolte a iscritti che lavorano in studi privati o che prestano la loro attività professionale per il servizio sanitario regionale con domande del tipo: quanto hai aspettato dalla laurea all'impiego professionale? quanti anni hai lavorato occasionalmente da precario? ●●●



Così il ticket in Italia



*Non pagano ticket coloro che sono in cassa integrazione o partecipano a contratti di solidarietà, indipendentemente dal reddito

Beatrice Lorenzin

Ministro della Salute

«La nuova tassa non sarà aumentata, i due miliardi saranno coperti dal Documento di economia e finanza. No ai tagli ma lotta agli sprechi: ecco come non buttare più i pasti degli ospedali»

«Ticket, caccia ai falsi poveri boom di esenzioni per reddito»

L'INTERVISTA

ROMA Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, Pdl della prima leva, si è trovata a fronteggiare la questione ticket fin dal giorno della sua nomina. È lei a rassicurare che la nuova tassa prevista da gennaio non diventerà realtà. Visto che la Corte costituzionale ha stabilito che lo Stato ha utilizzato uno strumento illegittimo. Mirato a recuperare due miliardi.

Ministro, lei ha assicurato che il rincaro del ticket non ci sarà e che la cifra che manca al servizio sanitario sarà coperta dal Documento di economia e finanza. A questo punto, pensa anche di organizzare un diverso sistema di controllo sugli evasori del ticket per reddito?

«Il non pagare il ticket quando il reddito, invece, lo permetterebbe è una vera ingiustizia sociale. Perché significa caricare altri di questo peso. Portando, oltretutto, importanti squilibri alle casse del servizio sanitario».

Quindi vuol dire che ci possiamo aspettare una stretta nei confronti di coloro che fanno un'autocertificazione falsa per non pagare la tassa su visite specialistiche ed esami?

«Questo è un compito del ministero dell'Economia. Non posso, comunque, non registrare che il numero di esenti per reddito è molto alto e diversamente distribuito per Regione. Quando si ripenserà ad una riforma complessiva del fisco sicuramente si dovranno tenere presenti anche i carichi familiari e i sistemi di accertamento equi».

Questo perché in un anno le ricette esenti da ticket per reddito sono cresciute di 2,7 milioni? Pensa che una revisione potrebbe rientrare in un piano anti-sprechi piuttosto che in una strategia dei tagli che finora ha assillato la nostra sanità?

«L'esenzione da reddito è cresciuta perché la crisi purtroppo ha aggravato la condizione di moltissime persone, molte delle quali hanno anche rinunciato alla prevenzione. Soprattutto nell'Italia del Sud e in alcune aree di forte disagio sociale. Ciò non toglie però che non ci sia il problema degli accertamenti. Per questo, pensare ad ulteriori carichi fiscali in questa fase non è la soluzione. Bisogna, piuttosto, continuare la lotta agli sprechi e pensare a forme eque di compartecipazione alla spesa».

Lei sta pensando a nuovi tagli nelle corsie?

«Il Fondo sanitario nazionale è stato in questi anni scandagliato e fortemente stressato da una serie di tagli che hanno diminuito significativamente la spesa pubblica in sanità che era andata fuori controllo. Oggi si può pensare ad una nuova fase in cui ci sia una strategia nazionale condivisa dalle Regioni che garantisca tagli alla spesa improduttiva e tuteli la salute. Anche il presidente Vasco Errani ha sollevato la necessità del nuovo Patto della salute per dare inizio ad una nuova fase che permetta alle Regioni di colmare le differenze organizzative».

Nel piano anti-sprechi si parla anche del fatto che ogni anno un ospedale butta nel cestino cibo per un milione di euro?

«È una priorità. Per ridurre i costi e, quindi, gli sprechi ma anche per riorganizzare la ristorazione in corsia che, così come è, non soddisfa nessuno. Né i pazienti né chi gestisce gli ospedali».

Ma lei si è fatta un'idea del perché i pazienti rimandano indietro così tanti pasti?

«Il rifiuto dei pasti è strettamente correlato alle tonnellate di cibo perso quotidianamente. Le ragioni sono varie, le abbiamo individuate e ci stiamo già lavorando».

E quali sono?

«Nella maggior parte dei casi il cibo arriva freddo al letto del malato. Spesso si tratta di un menù non scelto dal malato. Frequentemente gli orari dei pasti non sono in linea con le esigenze dei degenti».

Qualche idea che è stata elaborata, così i manager intanto la mettono in pratica e si comincia a risparmiare?

«E' difficile ipotizzare un risultato a spreco zero, poiché la popolazione malata e le ragioni del rifiuto del cibo sono complesse. E non sempre rimovibili. Certo è che le strategie per ridurre lo spreco potrebbero passare attraverso il miglioramento della qualità e delle modalità di presentazione del cibo, la flessibilità nelle porzioni, l'aumento della possibilità di scelta, la salvaguardia del momento del pasto senza esami e senza visite, l'identificazione di luoghi per il pasto comune».

E lo spreco che si traduce, nella realtà, in un costo diversificato, per la stessa siringa da un ospedale ad un altro?

«Stiamo parlando del passaggio dalla spesa storica ai costi standard. Abbiamo sollecitato il ministero dell'Economia per ricevere i criteri per le cinque Regioni che devono andare in sperimentazione in modo di partire come previsto dalla legge, in tre Regioni: una al Nord, una al Centro e una al Sud. A dire il vero c'è già chi ha realizzato le centrali uniche di acquisto ha ottenuto

È UN'INGIUSTIZIA SOCIALE CHE MOLTI CERTIFICHINO IL FALSO PERCHÈ SIGNIFICA CARICARE GLI ALTRI DI QUESTO PESO



marginì di risparmio e di efficienza notevoli».

Quella del Centro potrebbe essere la sua, il Lazio che ha tanto bisogno di riportare i conti a posto in sanità?

«Non si può. Dobbiamo scegliere Regioni che non stanno lavorando sui piani di rientro».

Oltre i ticket, uno dei problemi che ha dovuto affrontare è quello che riguarda il metodo Stamina. Il via libera alla terapia chiesta dai familiari dei pazienti e ora messa, da una legge, nei binari di una sperimentazione corretta. Lei ha detto che si partirà il 1 luglio? Ce la farete?

«Sì ce la faremo, tutti i protagonisti stanno mettendo a punto un modello di sperimentazione in grado di tutelare tutti. I medici, le strutture e soprattutto i pazienti».

Il suo Ministero è stato attaccato da chi gestisce il metodo Stamina, si è detto che si è perso tempo...

«Dopo una settimana dalla mia nomina a ministro il Parlamento si è espresso attivando la sperimentazione e il governo ha messo sul piatto 3 milioni di euro. Vorrei ricordare che non stiamo parlando ancora di una cura ma di un trattamento che deve ancora essere sperimentato. Non creiamo aspettative e speranze prima di avere evidenza scientifica. Ovviamente mi auguro che il risultato sarà positivo».

In questo periodo molti tribunali stanno decidendo per il sì alla cura dei pazienti. Queste sentenze non rischiano di inficiare la legge approvata?

«I giudici si muovono in totale autonomia, come è giusto. Spero tengano in considerazione il testo approvato in Parlamento. Il legislatore ha sospeso qualsiasi giudizio sul merito della terapia e su quali malattie possa essere efficace. Avremo risposte concrete e verificabili solo alla fine della sperimentazione che dura 18 mesi».

Beatrice Lorenzin a capo del ministero della Salute, è per caso ipocondriaca?

«No, assolutamente no! Ma ho paura delle malattie che non conosco».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è

Beatrice Lorenzin è romana ed ha 42 anni. Si iscrive al movimento giovanile di Forza Italia del Lazio nel 1996. Tre anni dopo viene nominata coordinatore del movimento. Nel 2001 entra nel consiglio comunale di Roma.

Per due anni, dal 2004 al 2006, è alla guida della segreteria tecnica di Paolo Bonaiuti, sottosegretario alla Presidenza del Consiglio per l'editoria e l'informazione. Alle politiche del 2008 viene eletta alla Camera con il Pdl. Il 28 aprile 2013 presidente Enrico Letta la sceglie come ministro della Salute.



OGNI GIORNO SI GETTANO TONNELLATE DI CIBO SPESSO PERCHÈ ARRIVA FREDDO AL LETTO DEL MALATO RIVEDREMO GLI ORARI



IN TRE REGIONI LA SPERIMENTAZIONE PER ARRIVARE A COSTI STANDARD PER GLI ACQUISTI DELLE CORSIE

Direttiva

In arrivo
nuove regole
per facilitare
le terapie
«transfrontaliere»

Il punto Il Commissario per la Salute nell'Ue fa il bilancio delle norme e indica i futuri obiettivi

I dieci vantaggi di essere cittadino della sanità europea

Scegliere di sottoporsi a un intervento in un ospedale tedesco, oppure di farsi visitare in un centro inglese specializzato in una particolare malattia rara... Il diritto dei cittadini dell'Unione europea all'assistenza transfrontaliera — ovvero a ricevere in ogni Stato dell'Ue lo stesso trattamento riservato ai residenti — è sancito dalla Direttiva comunitaria del 9 marzo 2011, che dovrà essere recepita entro il 25 ottobre da tutti gli Stati membri, compreso il nostro. In occasione della recente Giornata europea dei diritti del malato la Commissione europea ha voluto ricordare i principali vantaggi per i pazienti di essere cittadini dell'Unione: dieci punti fermi, a volte però ancora poco conosciuti. «Alcuni sono già realtà, altri vanno implementati e, anche in vista della prossima entrata in vigore della Direttiva, abbiamo voluto ribadirlo — spiega il Commissario europeo per la Salute e la politica dei consumatori, Tonio Borg —. Il diritto alla libera circolazione nei Paesi Ue, infatti, riguarda anche i pazienti, che devono poter accedere a cure sicure e di qualità in tutta Europa, al di là della loro nazionalità». Ma qual è lo stato di attuazione di questi dieci «vantaggi» indicati dalla Commissione europea? Li abbiamo passati in rassegna, uno a uno, col Commissario Borg.

1 **Avere assistenza fuori dal proprio Paese.**
I cittadini europei che hanno bisogno di assistenza durante un viaggio in un altro Stato Ue possono già ottenere le cure necessarie e il loro rimborso grazie al coordinamento dei sistemi europei di sicurezza sociale. «Tutti hanno diritto a ricevere un eguale trattamento, per cui, se un cittadino maltese o italiano si trova in Germania e ha un incidente, sarà curato come un tedesco — chiarisce Borg —. L'Euro-

pean health insurance card (la tessera sanitaria europea, ndr) permette di ricevere le cure alle stesse condizioni dei residenti, quindi tutela contro ogni discriminazione. Ora, con la Direttiva c'è un salto di qualità, direi una rivoluzione: si può scegliere di curarsi fuori confine. Può essere utile curarsi all'estero se, per esempio, si necessita di una cura che non è disponibile nel proprio Paese, o quando i tempi di attesa sono troppo lunghi per cui non si riesce ad avere le cure giuste nei tempi giusti».

2 **Rimborso per le prestazioni richieste.**
In generale, il paziente deve pagare le cure che riceve in un altro Stato, poi, una volta a casa, viene rimborsato dal suo sistema sanitario con l'importo previsto nel suo Paese. In alcuni casi il Paese di residenza può prevedere un'autorizzazione preventiva, prima che ci si rechi all'estero per curarsi. «Potrebbe essere richiesta nel caso di ricovero ospedaliero o, per esempio, nel caso di interventi salvavita molto costosi. Se però l'autorizzazione viene negata, il cittadino non potrà chiedere rimborsi (può però fare ricorso per far valere i propri diritti, ndr). Ma l'autorità sanitaria potrebbe anche adottare la tattica di non decidere. Come Commissione, allora, stiamo ragionando su come prevenire eventuali abusi, da qualsiasi parte provengano: di certo non si vuole incoraggiare i cittadini ad andare a curarsi fuori confine, ma la Direttiva sancisce il diritto alla mobilità ed è frutto di sentenze della Corte europea (che hanno riconosciuto a singoli cittadini il diritto a essere rimborsati per cure ricevute all'estero, ndr)».

3 **Notizie sulle cure in altri Paesi Ue.**
In base alla Direttiva comunitaria, entro il 25 ottobre ogni

Paese dell'Unione dovrà istituire sul proprio territorio sportelli o «punti di contatto» per dare ai cittadini informazioni su come ricevere assistenza transfrontaliera, sulle possibilità di trattamento in altri Stati dell'Ue, su qualità e sicurezza delle cure, condizioni di rimborso, procedure di ricorso nel caso in cui sia negata l'autorizzazione a curarsi oltre confine. «Ai cittadini vanno esposti in maniera chiara i diritti di cui avvalersi in caso di spostamento da uno Stato membro all'altro, in modo che possano fare scelte consapevoli».

4 **Medici e operatori sanitari qualificati.**
I sistemi sanitari dell'Unione sono tenuti a offrire un'assistenza adeguata anche attraverso la formazione continua degli operatori sanitari (medici, infermieri, specialisti, dentisti) e il monitoraggio costante della qualità delle strutture e del personale preposto alle cure. Le informazioni relative dovranno essere disponibili presso i «punti di contatto» istituiti a livello nazionale da ciascun Paese.

5 **Diritto alla copia della cartella clinica.**
I pazienti che hanno ricevuto una prestazione in un altro Stato Ue hanno diritto alla cartella clinica, cartacea o elettronica. «Nel rispetto della riservatezza dei dati personali, tut-

te le informazioni sulle prestazioni ricevute in un altro Paese devono poter essere accessibili ad altri medici, che così potranno conoscere le condizioni di salute del paziente e garantire la continuità delle cure».

6 Prescrizioni riconosciute in tutta l'Ue.

Dovrebbero già esserlo, ma non sempre è così. Lo scorso dicembre la Commissione europea ha approvato specifiche Linee guida per le prescrizioni transfrontaliere, con regole comuni negli Stati membri per identificare meglio il medicinale prescritto. «Il riconoscimento della ricetta fuori confine è importante soprattutto per i pazienti con una malattia cronica o rara, che potranno viaggiare senza il timore di rimanere sprovvisti dei farmaci necessari». La prescrizione rilasciata in un Paese Ue, inoltre, va riconosciuta anche in quello di residenza.

Lo Stato di residenza, comunque, rimborserà solo i farmaci che rientrano tra le prestazioni erogate dal proprio sistema sanitario.

7 Farmaci più sicuri. Prima di essere introdotti

nel mercato europeo, i farmaci devono ottenere l'autorizzazione dell'Agenzia europea per i medicinali (Ema) e quindi sono sottoposti a rigidi controlli per verificare se rispettano gli standard europei di qualità, sicurezza ed efficacia. «Esiste già un sistema avanzato di vigilanza ma, a partire dal 2010, è stato riformato per rafforzare la lotta contro i medicinali falsificati o loro componenti importati soprattutto da India e Cina». Una recente Direttiva europea mira a evitare che i farmaci contraffatti possano entrare nella catena di distribuzione legale. Alcune disposizioni, come per esempio quelle sulle caratteristiche di sicurezza per le

medicines soggette a prescrizione (identificativo unico per ogni singola confezione e dispositivi anti-manomissione degli imballaggi), entreranno in vigore dopo l'adozione di specifici regolamenti attuativi che sono all'esame della Commissione.

8 Segnalazione di reazioni avverse. I pazienti hanno il diritto di segnalare eventuali effetti colla-

terali dei medicinali ai sistemi nazionali di sorveglianza, anche tramite medici e farmacisti. Col nuovo regolamento comunitario, entrato in vigore a marzo, ci saranno controlli più serrati per quei farmaci che richiedono un monitoraggio supplementare. In particolare, dal prossimo ottobre dovranno contenere nel foglietto illustrativo un triangolo nero

rovesciato: non indica che il medicinale sia poco sicuro, ma che si devono seguire determinate precauzioni. «Il nuovo simbolo servirà a identificare quei medicinali per i quali è necessaria una sorveglianza maggiore. Si vuole così incoraggiare pazienti e operatori sanitari a segnalare reazioni avverse sospette».

9 Usufruire di dispositivi medici garantiti. Ausili e congegni contribuiscono a migliorare diagnosi e trattamento delle malattie, ma anche la qualità della vita di chi ha una disabilità. «L'innovazione nel settore dei dispositivi medici è fondamentale per i pazienti, ma dobbiamo garantire anche la loro sicurezza. Non è richiesta un'autorizzazione prima della immissio-

ne in commercio, ma sono previsti, soprattutto per i dispositivi medici che presentano un rischio più elevato, verifiche e controlli più stringenti, sia prima sia dopo l'ingresso sul mercato. In seguito allo scandalo delle protesi per il seno, le cosiddette Pip (costruite con silicone non conforme all'uso umano, ndr) è al vaglio dell'Unione un nuovo Regolamento per rendere più severe e uniformi le norme in tutta Europa. Ci auguriamo che sia approvato entro maggio 2014».

10 Qualità per sangue, organi, cellule.

Terapie mediche basate sulla donazione di sangue umano, tessuti, cellule e organi sono in aumento e possono salvare molte vite. Ma va evitato il rischio di infezioni e di trasmissione di malattie, come per esempio Hiv o epatite. «Esistono già diversi accordi di cooperazione tra gli Stati, ma, per garantire la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, l'Unione europea prevede procedure comuni in tutti i Paesi membri».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

”

Può essere utile curarsi all'estero se non si riesce ad avere le terapie nei tempi giusti

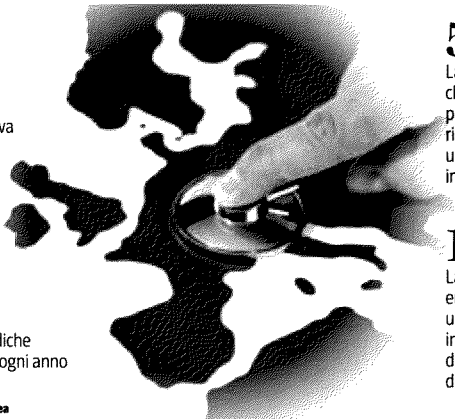
10

miliardi di euro
La spesa complessiva annuale degli Stati europei per cure «transfrontaliere» dei loro cittadini

2,3

milioni
Le prescrizioni mediche «transfrontaliere» ogni anno nei Paesi dell'Ue

Fonte: Commissione Europea



50%

La quota di pazienti che potrebbe avere problemi a veder riconosciuta una ricetta in un altro Paese Ue

1%

La quota di pazienti europei che si prevede usufruirà di cure in Stati dell'Unione diversi da quelli di appartenenza

CORRIERE DELLA SERA

Chi è



Tonio Borg, 56 anni, di Malta, è Commissario europeo alla Salute e alle politiche per i consumatori dal novembre 2012. Laureato in giurisprudenza nel 1979, ha lavorato come avvocato occupandosi soprattutto di diritti umani. Dal 1989 insegna diritto pubblico all'Università di Malta. Ha iniziato a fare politica negli anni Ottanta e nel 1992 è stato eletto per la prima volta nel Parlamento maltese. Da allora è stato più volte ministro e vice primo ministro.

Il principio fondamentale della libera circolazione riguarda anche i malati



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Torre del Greco Il comitato contro la trasformazione in ambulatorio

«Ospedale Maresca, territorio ignorato»

Antonella Losapio

TORRE DEL GRECO. Una seduta monotematica della commissione consiliare Sanità sul caso dell'ospedale Maresca. All'incontro in programma martedì 11 alle 13 a palazzo Baronale, promosso dal presidente del consiglio comunale torrese Filippo Colantonio e che vedrà la partecipazione del sindaco Gennaro Malinconico, intervengono operatori sanitari e rappresentanti del comitato civico per fare il punto della situazione e discutere ancora una volta del futuro della struttura e delle iniziative da mettere in campo. «L'incontro - spiega Colantonio - nasce dall'esigenza di chiarire le sorti del Maresca anche all'indomani dell'atto aziendale dell'Asl Napoli 3 sud giunto all'attenzione dell'amministrazione e che in queste ore è allo studio dello staff del sindaco. Da una prima visione si evince che la programmazione aziendale segue la strada del decreto 49 che riconverte l'ospedale torrese in un presidio riabilitativo con una decurtazione delle strutture complesse. Dopo il summit di aprile di sindaci e parlamentari a Torre del Greco, siamo ancora in attesa di una

convocazione da parte del governatore Caldoro o del sub commissario Morlacco, sebbene il prefetto di Napoli Musolino su nostra richiesta abbia fatto un'ulteriore sollecito». L'intento degli attivisti è riaccendere l'attenzione sulla vertenza. «Pretendiamo - dichiara Pina Vitiello del comitato pro Maresca - che i nostri amministratori si attivino per contestare questo atto che continua a non tener conto delle esigenze di un territorio così vasto, ignorando le richieste dei cittadini». «Non vengono assegnati servizi in base alla densità di popolazione - attaccano i sindacati - ma si tratta solo di una pura spartizione di primariati e sottoprimariati. Il Maresca è sempre quello più bistrattato, si persevera nell'errore del decreto Zuccatelli che non ha considerato il territorio e gli spazi a disposizione».

Intanto, di recente sono partite alcune attività come il day surgery oculistico per l'intervento della cataratta diretto da Marco Verolino, primario dell'Oculistica all'ospedale di Boscotrecase, l'ambulatorio di odontoiatria dopo un lungo periodo di stallo, la mammografia nell'ambito del progetto di screening del tumo-

re della mammella promosso dall'azienda. Novità anche per la chirurgia: accordate prestazioni aggiuntive ai medici a partire da giugno: ciò consentirà di coprire con un'unità tutti i turni di notte. «Ben vengano le attività ambulatoriali - conclude Vitiello - ma il pronto soccorso deve essere potenziato per garantire i livelli minimi di assistenza. Siamo rammaricati, inoltre, perché dal primo luglio il professor Livio Cipolletta, direttore dell'unità di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva dopo oltre 30 anni di attività lascerà il Maresca per andare a ricoprire il ruolo di primario al Cardarelli. È un'altra eccellenza che va via dall'Asl Napoli 3 sud».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Martedì sanitari e cittadini a confronto con il sindaco: ora certezze sul futuro

Primo seminario organizzato a Torre Annunziata dall'assessore **Ciro Alfieri** su un nuovo welfare

Politiche sociali vicine alla gente

L'idea di una concertazione con i cittadini per una migliore programmazione

Torre Annunziata. "Verso un diverso welfare". Questo il titolo del primo seminario che si è tenuto presso la sala consiliare di Palazzo Criscuolo a Torre Annunziata. Il primo di un ciclo di dibattiti che l'amministrazione oplontina ha ideato, insieme ai comuni di Boscoreale, Boscotrecare e Trecase. Iniziative volte a sensibilizzare gli enti e i cittadini sui problemi che attanagliano la zona torrese-boschese. I quattro comuni hanno deciso, nel primo appuntamento, di soffermarsi sulla riqualificazione urbana e ambientale attraverso la promozione della cultura e della legalità.

Ad aprire l'incontro è stato **Ciro Portoghese**, presidente del consiglio comunale, che ha sottolineato: "L'amministrazione ritiene doveroso iniziare un ciclo di seminari perchè le problematiche sociali che attraversano i nostri territori sono un male a cui bisogna porre rimedio. Siamo convinti che i dibattiti possano essere un motivo di spunto grazie al quale si possono trovare le soluzioni".

Parola a **Torre Annunziata** - "E' una conferenza di presentazione delle linee guida del piano sociale regionale - ha esordito il vice sindaco di Torre Annunziata, **Ciro Alfieri** -. Incontro volto a rendere partecipi i vari attori del nostro territorio affinché, insieme, si possa arrivare a programmare un piano sociale condiviso e rappresentante di quelle che sono le reali esigenze

del nostro territorio". Il presidente del coordinamento istituzionale, poi, scende nei dettagli parlando con orgoglio di questi seminari che rappresentano l'innovazione: "La metodologia che portiamo avanti è una vera e propria innovazione - ha dichiarato **Alfieri** -. Si tratta di una iniziativa volta a superare la semplice concentrazione che era data dalle linee guide della regione Campania. Siamo dell'avviso che bisogna dare un taglio netto. Il nostro progetto parte dalla concentrazione ma è arricchito dalla serie di incontri su tutto il territorio, così da poter capire i problemi che ci attanagliano. Appuntamenti che serviranno per confrontarci con le varie associazioni, con le cooperative, con il mondo ecclesiastico e scolastico in maniera da poter condividere un piano che possa essere il più rappresentativo possibile".

L'assessore della giunta **Starita** conclude poi: "Questa serie di interventi verranno svolti in un arco di tempo brevissimo. Seminari che devono essere considerati anche come l'occasione per fare il punto della situazione riguardo le attività che portiamo in piazza".

La voce dal mondo universitario - Orazione

anche da parte di **Salvatore Gargiulo**, professore di Legislazione sociale presso la Suor Orsola Beninacasa di Napoli. Il docente ha sottolineato l'importanza di questi incontri di conoscenza e di sensibilizzazione: "Ci sono alcuni punti sui quali vorrei soffermarmi - ha esordito **Gargiulo** -. Li reputo delle scommesse. La prima è la politica di contesto. I problemi sociali attanagliano il nostro sistema ma la politica adoperata fino ad oggi è da considerare sbagliata: si è badato alla quantità e non alla qualità. Mi riferisco al fatto che si è cercati fin troppo di risolvere singoli casi che, andandoli a sommare, hanno dato il totale. Questa strada però non ci ha portato ad altro se non a chiuderci in un recinto. Sono dell'avviso che bisogna lavorare sulle precondizioni del contesto: bisogna lavorare affinché non si venga a creare il problema del singolo caso. L'altra scommessa, vinta dalla regione Campania, è digitalizzazione. E' stato rivoluzionato il modo di giocare questa partita", ha dichiarato durante il proprio intervento il docente di Legislazione sociale che ha poi concluso "E' stato anticipato consapevolmente il programma europeo. Il campo di riferimento è stato ampliato. Non siamo più di fronte alla schematizzazione e al frazionamento dei problemi nei singoli territori; con la digitalizzazione si è arrivati a inglobare tutti i territori regionali andando così ad incrociare la programmazione europea. La regione Campania ha sottratto l'ambito sociale dall'appiattimento in cui si trovava".

La Regione - A farsi portavoce della politica i è stata **Anita Sala**, consigliere regionale: "Il mio impegno da consigliere sarà quello di sorvegliare che il piano vada avanti - ha promesso la consigliera impegnata anche nella lotta alla camorra -. Sarò vicino alle istituzioni comunali che hanno bisogno di andare avanti in questo progetto. C'è bisogno di un piano preciso, di una strutturazione delle iniziative altrimenti non riusciremo a produrre. Affinchè tutto ciò

avvenga, c'è bisogno di continuità. Tra i nostri obiettivi ci dovrà essere anche la selezione: dobbiamo eliminare il superfluo, dobbiamo concentrarci sui punti fondamentali del progetto”.

Il coordinatore dell'area 15 - “Un conto è parlare, un altro è trasferire il principio nei comportamenti: questo è sinonimo di civiltà” ha espresso Porfidio Monda che ha poi continuato: “Un comportamento è la partecipazione che richiede una corralità di attori. Una corralità che porta al bene comune che è di tutti. Abbiamo programmato quattro seminari costruendo un programma di lavoro per farlo insieme a coloro che saranno i soggetti e gli attori di questo processo. Spesso ci fermiamo alla declamazione ma se vogliamo fare un salto in avanti dobbiamo ascoltare anche gli altri e gli altri siamo noi”.

La chiusura di Starita - A chiudere la mattinata e il seminario è stato il sindaco di Torre Annunziata, Giosuè Starita. Il primo cittadino oplontino ha riassunto il programma: “Questo non è stato altro che il primo degli appuntamenti che abbiamo fissato. Nei vari incontri focalizzeremo l'attenzione su alcune tematiche di ampio respiro. Ci sarà la possibilità di riflettere sulle attività svolte in corso d'opera e sulle prossime mosse da compiere. Parlerei di esami programmatici e anche di sviluppo di capacità di sintesi sui progetti che stiamo portando in piazza. Queste le parole chiavi dei nostri seminari. Questo il filo conduttore del nostro progetto. In agenda ci sono altri tre appuntamenti, altri tre seminari. Saranno momenti di riflessione nei quali parleremo di tematiche che, sono già ora sul tavolo della programmazione di Torre Annunziata. Ad esempio, nel prossimo

seminario parleremo della pianificazione del territorio partendo dalla seconda foce del fiume Sarno.

Scendiamo in piazza perchè ritengo che sia giusto confrontarsi con i soggetti a vario titolo impegnati in prima linea a migliorare i nostri territori”.

I prossimi appuntamenti - I seminari di programmazione partecipata torneranno lunedì 17 giugno, sempre presso l'aula consiliare di Palazzo Criscuolo. Secondo appuntamento nel quale il filo conduttore sarà il problema legato al fiume Sarno. Incontro dal titolo “La città, il fiume e il mare”. Mentre il 24 giugno avrà luogo il terzo appuntamento. Un momento di riflessione intitolato “Le occasioni virtuose: spazi culturali e spazi di legalità”. L'ultimo seminario in agenda, poi, è fissato per il 28 di giugno. Appuntamento dal titolo “Quale sviluppo locale?”.

Gianluca Del Gaudio

Presentato a Palazzo Criscuolo
il programma di interventi
per il territorio

Il coordinatore Porfidio Monda
ha spiegato perchè è importante
ascoltare i cittadini

Il primo seminario



A Palazzo Criscuolo

si è svolto il primo seminario dei quattro previsti dall'ambito sociale N30 sul welfare

Bortoletti riceve i complimenti del ministro Lorenzin da Vespa

Asl, il modello Salerno a 'Porta a Porta'

Salerno. Il modello Salerno sbarca a Porta a Porta, Maurizio Bortoletti premiato dall'esperienza nell'Asl salernitana. Incassa i complimenti del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, e per lui c'è in palio un ruolo di altissimo profilo a livello nazionale per il piano di rientro della sanità nazionale: "Una persona che consegue simili risultati è da riutilizzare", ha affermato la Lorenzin dal salotto di Porta a Porta, ieri sera, "stiamo pensando a come utilizzarlo". "Abbiamo già avuto modo di parlare", replica il colonnello dell'Arma, che per 18 mesi ha ricoperto l'incarico di commissario presso l'Asl di via Nizza. Un rientro dal disavanzo - di 250 milioni - che ha fatto sgranare gli occhi a Bruno Vespa, il quale ha sollecitato in più di un'occasione il ministro Lorenzin di approfittare dell'esperienza di Maurizio Bortoletti e dei risultati conseguiti presso

l'Azienda sanitaria di Salerno. "Se è riuscito a fare così tanto nell'Azienda salernitana, figuriamoci quanto potrà far risparmiare a livello nazionale", ha affermato un radioso Bruno Vespa, di fronte agli sprechi e agli esempi di malasania a livello nazionale. Al salotto di Vespa è stato presente anche il presidente della Regione Campania, Stefano Caldoro, il quale ha posto l'accento sulla medicina del territorio, che porta ad ottimi risultati di qualità a livello sanitario, sia economici, riducendo i costi della sanità. E alla Lorenzin, senza mezzi termini, spiega: "Siamo sotto organico, si spende di più e si lavora in condizioni peggiori", ribadendo l'urgente necessità di sbloccare il turnover. Pronta la risposta nel ministro della Salute: "Aggiornateci sulle varie situazioni e vedremo

come intervenire", lasciando intendere la piena partecipazione del Ministero alle soluzioni delle criticità delle Regioni, soprattutto quelle in maggiori difficoltà sul piano sanitario.

(l.m.)

Il piano di rientro dell'azienda di via Nizza fa scuola a livello nazionale



Si profila un incarico ministeriale per l'ex commissario Bortoletti

Salerno, azienda ospedaliera universitaria: il Tar dà 60 giorni per nominare il manager

NUOVO ROUND NELLA GUERRA TRA REGIONE E RETTORATO per la nomina del direttore generale dell'azienda ospedaliera universitaria di Salerno: con un'ordinanza cautelare, la n.308 del 2013, il Tar Salerno dstigmatizza i ritardi della Regione Campania e ribadisce che la nomina vada effettuata d'intesa tra il presidente della Regione Campania **Stefano Caldoro** e il rettore dell'Università di Salerno **Raimondo Pasquino**. Il termine massimo per l'intesa è di 60 giorni. Pena l'intervento commissariale sostitutivo del Ministero della Salute. Nelle more resta in sella **Elvira Lenzi**, il manager indicato dal governatore Stefano Caldoro e poi sospesa dal Tar.

A proporre il ricorso gli avvocati Lorenzo Lentini e Attilio Riggio per conto del rettore Pasquino. Una vittoria a metà per quest'ultimo, visto che il pronunciamento del Tar lascia al proprio posto proprio il manager contro cui il Rettore si era mosso per le vie giudiziarie. Una decisione salomonica quella dei giudici amministrativi, non a caso commentata come una vittoria da ambo le parti in causa. Il Tar invita la Regione "a porre in essere, con immediatezza, tutti gli adempimenti necessari per la nomina del nuovo direttore generale". Il manager è chiamato, tra l'altro, a far approvare l'Atto aziendale per la definitiva integrazione delle funzioni assistenziali con quelle didattico-formative". "Non c'è mai stata una disputa sui nomi - avverte Caldoro in una nota - la priorità è garantire trasparenza e buona sanità. Alla fine della procedura è prevista l'intesa con l'Università e con il Rettore".

Le tappe della vicenda

In realtà la vicenda della nomina del direttore generale dell'azienda ospedaliera universitaria di Salerno si trascina da mesi a colpi di carta bollata tra Regione ed Ateneo. Il Consiglio di Stato in precedenza aveva escluso la competenza del Prefetto sull'eventuale nomina di un commissario ad acta in mancanza dell'intesa tra Regione e Rettorato. ●●●

REGIONE. 2

Ospedale di Agropoli, stop ai ricoveri

PIANOP OSPEDALIERO REGIONALE: stop ai ricoveri e al pronto soccorso all'ospedale di Agropoli. A partire da lunedì 10 giugno chiudono le degenze del presidio della Asl di Salerno. Tutti i pazienti dovranno essere trasferiti altrove entro il 17 giugno. A partire dal 20 giugno, invece, viene attivato il cosiddetto Psaut, presidio assistenza urgenza del 118.

La riconversione

Il processo di riconversione era stato avviato nel marzo scorso quando la direzione generale ha disposto, a far data dal 2 aprile, la cessazione di ricoveri ordinari e di day hospital. Successivamente la Tar Campania - Napoli, prima sezione, con

provvedimento cautelare dello scorso 28 marzo, sospende, gli atti, della Regione. All'esito della Camera di Consiglio del 10 aprile, i giudici del Tar Campania tornavano sui propri passi disponendo a carico dell'azienda sanitaria di produrre in giudizio una dettagliata relazione sul funzionamento del Psaut. Quindi con ordinanza dello scorso 5 giugno è stata respinta l'istanza cautelare di sospensione, per cui ora la chiusura dell'ospedale va avanti.

Arriva il Psaut

Ora il direttore generale **Antonio Squillante** dispone due avvisi interni rispettivamente per 12 e 18 posti di collaboratore professionale sanitario - infermiere pro-

fessionale - da assegnare, mediante mobilità ordinaria, al Psaut e al Servizio trasporto infermi (118) di Agropoli. Per le domande c'è tempo una settimana.

“La decisione - afferma Squillante - è stata sofferta ma obbligata perché prevista da apposite disposizioni regionali e nazionali nell'ambito dell'attuazione del Piano di rientro dal deficit.

Centro risvegli

Ad Agropoli saranno concentrate tutte le attività distrettuali. Inoltre il Presidio assicurerà un'assistenza ambulatoriale complessa e sarà utilizzato come centro di eccellenza per ammalati in stato neurovegetativo e comatoso. ●●●

Ospedale di Agropoli Alfieri "annulla" il blocco dei ricoveri

Il provvedimento emesso ieri mattina e notificato all'Asl
«Continuità assistenziale fino all'attivazione del Psaut»

► AGROPOLI

Stop al blocco dei ricoveri presso l'ospedale di Agropoli - previsto da questa mattina dall'Asl - non prima che la postazione Psaut divenga perfettamente operativa. È quanto intima al direttore sanitario del plesso cilentano, Francesco **Lombardo**, il sindaco **Franco Alfieri** in un'ordinanza firmata ieri. L'obiettivo del primo cittadino è mantenere la continuità assistenziale del presidio ospedaliero garantendo ricoveri e prestazioni sanitarie fino al 20 giugno, data in cui l'Asl, come disposto dal direttore generale **Squillante**, ha previsto l'attivazione della postazione Psaut. Il Comune, inoltre, in queste ore proporrà appello al Consiglio di Stato contro l'ordinanza del Tar che ha respinto il ricorso contro la chiusura del presidio.

Proprio in esecuzione dell'ordinanza del Tar, l'Asl Salerno aveva disposto, con una



Il sindaco **Franco Alfieri**

delibera di venerdì scorso, che a partire dalle 8 di oggi cessassero tutti i ricoveri nell'ospedale di Agropoli e le dimissioni o il trasferimento in altre strutture di tutti i pazienti ricoverati.

Con l'attivazione del Psaut sarà cancellata l'attività di pronto soccorso, del servizio di radiologia e del laboratorio di analisi. «Il decreto dell'Asl determina una grave ed imprevedibile emergenza sanitaria - scrive Alfieri nell'ordinanza - nel territorio comunale, in



Il dg dell'Asl, **Squillante**

quanto alla cessazione dei ricoveri non corrisponde la contestuale attivazione del Psaut, compreso il servizio ambulanze indicato dall'Asl nella relazione tecnica depositata al Tar, causando l'impossibilità di adeguati trattamenti terapeutici in regime di ricovero. Il ritardo nell'attivazione non permette il trasferimento ed il conseguente ricovero dei pazienti critici presso altre strutture ospedaliere. Una situazione, lesiva del diritto alla salute

non rimediabile con gli strumenti ordinari previsti dall'ordinamento giuridico». Per «salvaguardare il diritto alla salute - scrive Alfieri - è indispensabile preservare la continuità assistenziale dell'ospedale di Agropoli garantendo ricoveri e prestazioni in essere con conseguente cessazione dello stato di pericolo determinato dal contestuale blocco dei ricoveri e dalla mancata attivazione del Psaut. Dando esecuzione al provvedimento di cessazione dei ricoveri senza un preciso, dettagliato e capillare piano di pubblicità e comunicazione all'utenza, si creerà un gravissimo disservizio con seri e concreti rischi per la salute e la vita dei cittadini». Questa mattina il Comitato civico contro la chiusura dell'ospedale occuperà gli uffici della direzione ospedaliera, mentre Alfieri incontrerà tutti i sindaci del comprensorio.

Angela Sabetta

© RIPRODUZIONE RISERVATA

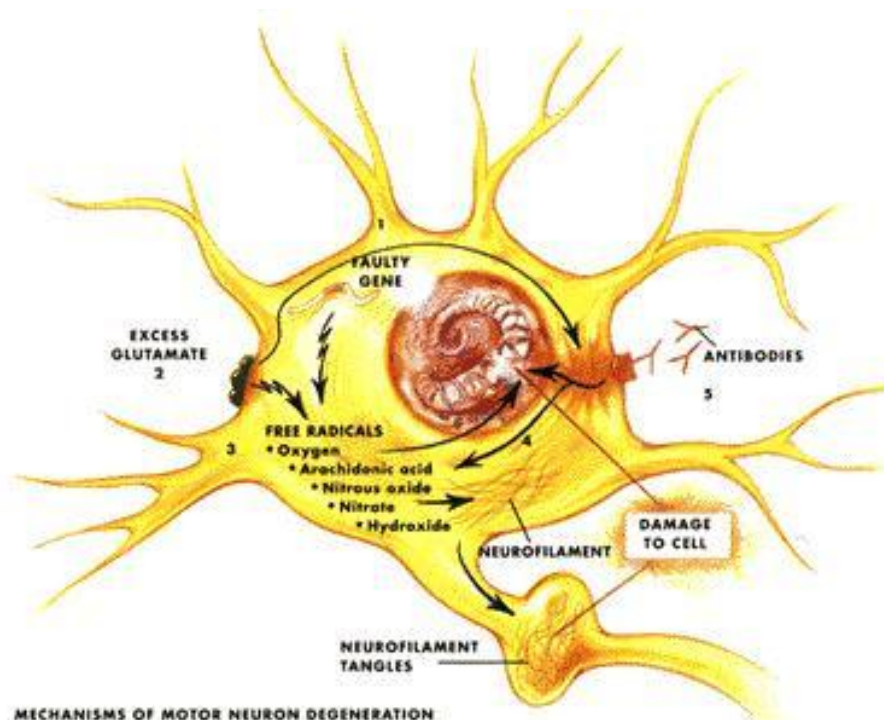


La protesta contro la chiusura dell'ospedale di Agropoli



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



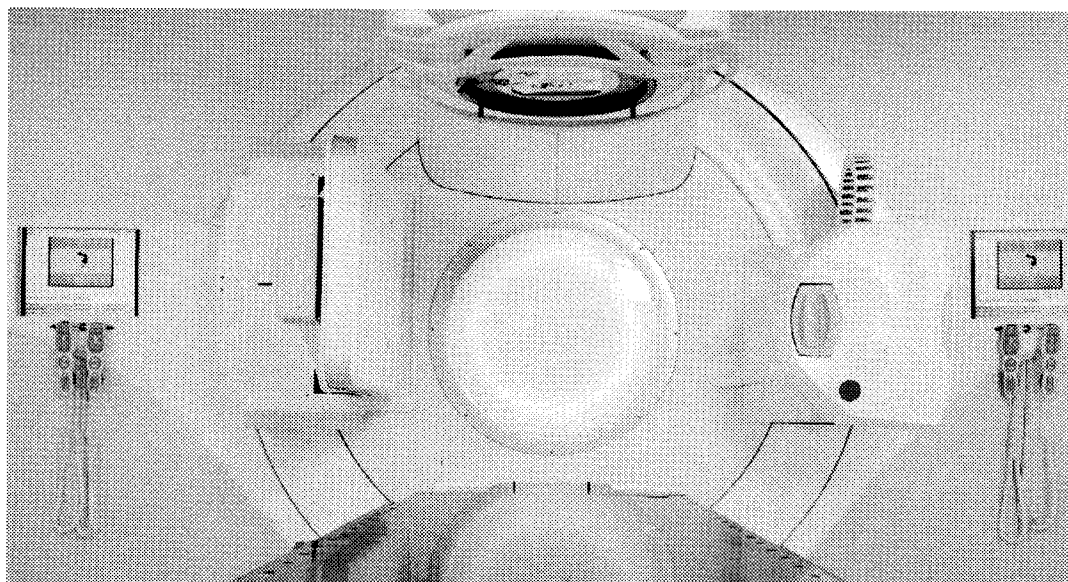
MALZONI RADIOSURGERY CENTER

La lotta ai tumori ha una nuova arma

"LA PRECISIONE MILLIMETRICA consente nuovi trattamenti: permette di trattare in modo preciso e non invasivo un tumore, risparmiando i tessuti sani e utilizzando dosi elevate di radiazioni ionizzanti consente di ottenere dei risultati terapeutici migliori". È la definizione che **Valerio Scotti** della Body Radiosurgery (radiochirurgia o radioterapia stereotassica ipofrazionata), tra le tecniche più evolute di radioterapia oncologica. Il Malzoni Radiosurgery Center di Agropoli (Sa) è attualmente il centro con la più alta casistica di trattamenti e ri-trattamenti radiochirurgici e di radioterapia stereotassica.

Fondato nel 2004 all'interno dell'Ospedale Civile di Agropoli, e convenzionato con il Ssn, la Malzoni Radiosurgery vanta la più alta casistica europea per il trattamento radioterapico stereotassico delle patologie oncologiche epatiche e polmonari. "Questa terapia – precisa Scotti, direttore del servizio di radioterapia-radiochirurgia stereotassica – può essere applicata anche a lesioni che interessano altri distretti corporei come il mediastino, il pancreas, l'addome, il distretto testa-collo, l'esofago, i reni e surreni, lo spazio retroperitoneale, il retto, la prostata".

La Body Radiosurgery si pone ormai come valida alternativa alla chirurgia tradizionale, soprattutto quando questa non può essere effettuata; trova indicazione per quei pazienti in cui i tumori sono diventati resistenti alla chemioterapia o che



Una delle nuove strumentazioni di cui è dotato il Centro



Valerio Scotti

hanno già effettuato una radioterapia convenzionale.

"Controllando i movimenti dovuti alla respirazione – spiega ancora Scotti –, individuando in maniera precisa il bersaglio da colpire ed effettuando



Paola Belfiore

un controllo costante della terapia, il risparmio dei tessuti sani è massimo, evitando così gli effetti collaterali della radioterapia convenzionale. Il trattamento radioterapico stereotassico ha dimostrato una tolleranza

elevatissima ed essendo effettuato in regime di day hospital, ossia senza la necessità di un ricovero, permette al paziente di riprendere subito le proprie attività quotidiane".

A conferma della validità di questa risorsa clinica per il trattamento dei tumori, sono in fase di pubblicazione studi che vedono nella Body Radiosurgery risultati pari e sembra addirittura superiori in termini di sopravvivenza globale e controllo locale di malattia. Solitamente, invece, è usata come un'alternativa alla chirurgia tradizionale "costosa, difficile e che richiede un lungo periodo di ricovero – sottolinea il direttore del servizio di radioterapia-radiochirurgia stereotassica -. La nostra tecnologia, insieme alla grande e pionieristica esperienza degli operatori, con-

sente una precisione di trattamento millimetrica, valutando durante l'irradiazione il movimento interno degli organi e del tumore dovuti alla respirazione".

Il dottor Scotti entra poi nel dettaglio dei trattamenti: "l'effetto radiobiologico (cellkilling) superiore delle singole sedute (radioterapia ipofrazionata) associata al risparmio dei tessuti sani (precisione dei sistemi stereotassici) - continua lo specialista del Malzoni Radiosurgery Center - ci consente di trattare lesioni anche in distretti delicati come fegato, vie biliari, pancreas e di effettuare ritrattamenti in pazienti con nuove lesioni e/o con lesioni già irraggiate sia con tecnica stereotassica che con tecnica convenzionale. Sono stati irradiati circa 1600 tumori comprendenti tutte le zone corporee (testa-collo, torace, addome, pelvi) anche in distretti difficili da trattare (fegato, lesioni paraspinali, mediastino, rene)".

"Considerati gli ottimi risultati ottenuti negli ultimi mesi, abbiamo avviato un importante investimento sull'upgrade dei due acceleratori lineari gemelli - dice **Paola Belfiore**, amministratore delegato del Radiosurgery Center -. Basti pensare all'implementazione con un sistema Igrt di tipo Cone Beam Ct per la verifica dei target per trattamenti ad altissima precisione. Ciò ci consente, nel breve termine, di riportare il Malzoni Radiosurgery Center a competere con i migliori Centri non solo dell'area del Centro Sud, ma anche del Nord Italia".

R.R.

Medicina Ricercatori dell'università statale di Milano sono riusciti a rigenerare tessuti con un farmaco. Senza usare staminali, né adulte né embrionali

La pelle diventa pancreas con le cellule riprogrammate

Tutte le cellule del nostro organismo possiedono lo stesso Dna, poi si differenziano in più di 200 specializzazioni per formare organi e tessuti differenti. Ciò grazie ad un meccanismo di selezione legato ad alcuni tratti del Dna che si «accendono» o si «spengono». Così si formano il cuore, il sangue, il fegato, la pelle, i nervi, le ossa, i muscoli. In una cellula del cuore sono attive le sequenze di Dna che specializzano verso determinate caratteristiche, mentre per esempio sono spente quelle parti di Dna che darebbero alla cellula le caratteristiche della pelle.

Tutto questo meccanismo è gestito non a livello del Dna ma dalla struttura che lo «ricopre» a mo' di vestito-capsula: l'epige-

noma. I ricercatori, quindi, devono lavorare per agire a livello di epigenoma per modificare il destino funzionale di una cellula o, addirittura, modificarne la specializzazione. Ed è quanto riuscito nel Laboratorio di embriologia biomedica dell'università di Milano, dove è stata utilizzata una particolare molecola, la 5-aza-citidina, capace di rimuovere dal Dna delle cellule già differenziate i «blocchi» che ne limitano l'accessibilità. I ricercatori hanno sfruttato questa molecola per attivare con successo un programma di differenziamento diverso: hanno azzerato quello attivo nelle cellule prelevate dalla pelle e hanno riprogrammato le stesse per diventare pancreatiche.

È stato così possibile «con-

vertire» la pelle in pancreas attivo. Capace cioè di produrre ormoni pancreatici, a partire dall'insulina la cui carenza è causa di diabete. Il tutto in modo semplice, senza ricorrere all'uso di modificazioni geniche o di retrovirus per inserire frammenti di Dna attivi. Il cambiamento di funzioni si è mantenuto stabile anche dopo trapianto delle cellule in topi diabetici, dove la loro presenza ha assicurato normali livelli di glicemia.

Il lavoro italiano è stato pubblicato dalla rivista scientifica *Pnas* (*Proceedings of the national academy of sciences*, organo ufficiale dell'Accademia delle scienze americana). I coordinatori del team sono Tiziana Brevini e Fulvio Gandolfi di Unistem, il Centro per la ricerca sul-

le cellule staminali dell'università statale di Milano. Lo studio è stato finanziato dall'Associazione per la ricerca sul cancro (Airc), dal Miur e dalla Regione Lombardia. «Notevoli sono le possibili implicazioni legate a questo nuovo approccio sperimentale — spiega Tiziana Brevini — sia nell'ambito della cura del diabete, o del tumore del pancreas. L'utilizzo delle cellule "convertite" permetterà altresì la messa a punto di screening


Il meccanismo

Sbloccati alcuni geni che riportano la cellula a «zero», innescando poi le nuove funzioni

pre-clinici e test farmacologici che evitano l'impiego di modelli sperimentali animali e forniscono dati direttamente applicabili alla specie umana».

La 5-aza-citidina è un farmaco attualmente utilizzato nella cura delle leucemie. Somministrandolo alle cellule già specializzate è in grado di «cancellare» la loro identità e prepararle ad assumerne una nuova: quella voluta dai ricercatori. E si può facilmente ipotizzare che, con la stessa procedura, si potranno ottenere innumerevoli «cambiamenti» di identità cellulare: dalla pelle al cuore o al pancreas, dal muscolo al fegato o al sistema nervoso.

Mario Pappagallo

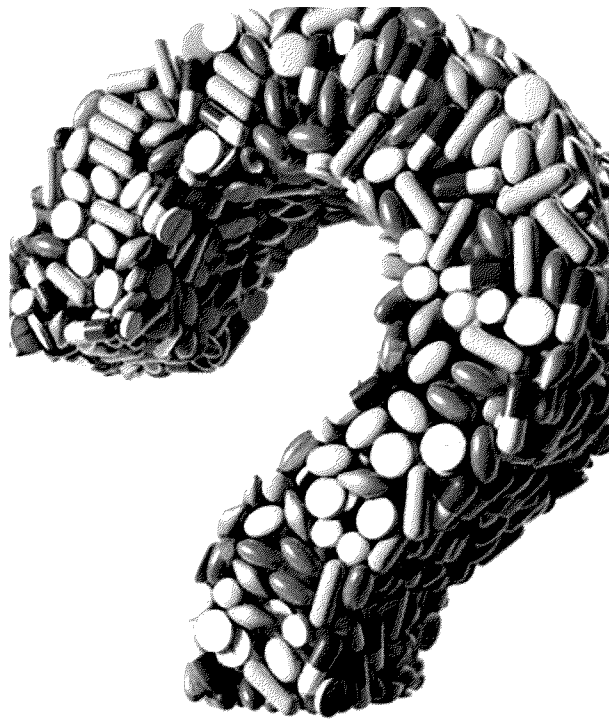
 @Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Come capire se una cura funziona

Stabilire dove devono essere indirizzate le risorse economiche in sanità è sempre più importante. Per questo si sta cercando di individuare quali sono i criteri più adeguati da utilizzare a questo scopo

*Servizi di Riccardo Renzi
e Vera Martinella alle pagine 40-41*



di RICCARDO RENZI

dossier medicina

di RICCARDO RENZI

Economia sanitaria Come evolvono i criteri per decidere a quali terapie dare credito

Se una cura è efficace lo si stabilisce misurando il suo effetto nel tempo

In chiave di risparmio, più che il taglio delle risorse conta la valutazione dell'intero ciclo di trattamento

I medici sanno quello che fanno? La domanda provocatoria non vuole essere una banale critica alla categoria, ma rappresentare un dubbio che per primi gli stessi medici si sono posti. «Sembra incredibile, ma di fatto noi medici non sappiamo misurare l'esito di una cura — dice il gastroenterologo Gaetano Ideo — che è un po' come dire che non sappiamo quello che facciamo. In verità disponiamo di linee guida, ci basiamo sugli studi della *Evidence Based Medicine*, ma ciò ci aiuta soprattutto nella diagnosi e nei processi terapeutici. Ma non ci dice, al termine di un ciclo di cure, qual è il risultato finale, quanto un paziente sia migliorato. E così non possiamo confrontare le diverse terapie».

Certo ogni paziente è diverso e la stessa cura può portare a gradi differenti di miglioramento. Per cui è teoricamente impossibile avere «ricette» valide per tutti: la medicina resterà sempre in parte artigianale, legata al singolo rapporto medico-paziente. Ma è utile sapere se e quanto una terapia ha restituito la salute, se con altre

terapie sarebbero stati possibili risultati migliori, se certi esami o interventi non siano stati inutili, se, infine, un altro medico o un altro ospedale avrebbe potuto ottenere risultati migliori. È un'esigenza che nasce dalla complessità della medicina attuale, che spesso propone tante soluzioni alternative, ma anche dalla necessità di risparmiare.

«È importante che i Lea, le prestazioni che il Servizio sanitario è tenuto a garantire a tutti, — dice Silvio Garattini, direttore dell'Istituto Mario Negri di Milano — vengano continuamente sottoposti a valutazioni aggiornate, che stabiliscano quali interventi costituiscono un reale vantaggio per l'ammalato, che individuino le procedure per un favorevole rapporto benefici-rischi e che, a parità di questo rapporto, indichino la cura meno costosa».

Quando il presidente americano Barack Obama ha lanciato la campagna per la sua riforma sanitaria, la parola d'ordine è stata «Best Care at Lower Cost», ovvero «il meglio delle cure, a un costo minore». Per raggiungere tale obiettivo gli

amministratori sanitari Usa hanno proposto soluzioni simili a quelle italiane: riorganizzazione della rete ospedaliera, eliminazione degli sprechi e dell'eccesso di burocrazia, pressioni per far calare i prezzi di farmaci e tecnologie mediche. Ma per ridurre la spesa fino al 20%, anche un altro punto fondamentale: l'adozione più diffusa degli interventi sanitari davvero efficaci, eliminando il gap tra ricerca e pratica clinica. È evidente che per fare questo bisogna sapere quali sono gli interventi efficaci, bisogna capire chi pratica l'eccellenza e costringere gli altri ad adeguarsi. Perché la buona medicina, oltre a garantire maggior benessere all'ammalato, diminuisce le ricadute, riduce gli sprechi di esami e trattamenti inutili, riduce i giorni di ospedalizzazione. In sintesi: la buona medicina fa rispar-

miare.

«Nella sanità italiana si è soprattutto cercato di ridurre in vari modi le prestazioni, — riprende Ideo — limitando le risorse all'origine. Ma tagliando oggi, si sarà costretti a spendere molto di più domani».

Valutare, misurare, confrontare sono quindi diventate le parole d'ordine negli Usa come in Italia, dove, più che nel mondo anglosassone, i medici non hanno mai gradito molto essere valutati. Dieci anni fa il Corriere Salute, supportato dall'Istituto Mario Negri, cominciò a pubblicare le «classifiche degli ospedali», divise per specializzazioni, basate sul calcolo degli *impact factor* (indice che evidenzia la quantità e la qualità delle ricerche effettuate). Era certamente un tipo di rilevazione molto parziale, basata sull'idea che «si cura meglio dove si fa ricerca», ma che dava una prima indicazione su dove si trovasse l'eccellenza. Fu ben accolta dal pubblico, molto meno dai medici. Nel frattempo si diffondeva la pratica, a cominciare dai centri più avanzati, di richiedere certificazioni di qualità degli ospedali rilasciate da agenzie

internazionali, la più famosa delle quali è la Joint Commission: erano, e sono, attestati di «buon funzionamento» delle strutture sanitarie, nelle procedure e nel rapporto con i pazienti, ma non analizzano gli esiti delle cure. Nel 2006 il ministero della Salute tentò una prima analisi degli esiti nel campo della cardiocirurgia, per quel che riguardava gli interventi di bypass, sull'esempio di una famosa ricerca effettuata a New York, che, pubblicata sui giornali, aveva rovinato la fama di molte star della chirurgia, ma aveva portato in pochi anni a un netto miglioramento della mortalità. I risultati dell'iniziativa italiana furono deludenti, perché troppi centri non fornirono i dati (perché non li avevano, o non volevano rivelarli) o li fornirono solo parzialmente.

Oggi però sono sempre più numerose le ricerche, anche in Italia, che hanno come obiettivo di definire gli indicatori di esito delle terapie e di applicarli alla pratica medica, a livello di singoli interventi o di singole patologie. Si è appena conclusa una ricerca, basata sul metodo americano della

Value Based Medicine, che ha analizzato le diverse patologie di un'intera specialità medica, l'epatologia (si veda articolo nella pagina a fianco). Altre ricerche meno specifiche mettono a confronto strutture sanitarie, ospedali o reparti. Esiste attualmente un «Programma nazionale esiti», gestito dall'Agencas, Agenzia nazionale dei servizi sanitari, che pubblica periodicamente una «classifica» delle strutture del servizio sanitario basata su 42 indicatori riferiti ad altrettante prestazioni. Quel che impressiona in questo tipo di indagini è l'enorme differenza di risultati che viene rilevata tra diverse strutture, anche situate a pochi chilometri di distanza. Un'importante ricerca, perché è stata la prima di questo tipo, è stata presentata nel 2010 dalla Regione Lombardia che ha messo a confronto tutte le proprie strutture ospedaliere valutandone l'efficacia sulla base di una serie di indici: la mortalità totale prima di tutto (che comprende quella intraospedaliera e quella entro 30 giorni dopo il ricovero) e altri *outcomes*, detti ambientali, come le dimissioni volontarie dei pa-

zienti, il loro trasferimento ad altre strutture, i ricoveri ripetuti e i ritorni in sala operatoria. Gli ospedali più forti sono risultati essere quelli più grandi e quelli specializzati, ma al di là di questa constatazione, in parte scontata, ora esistono parametri di riferimento numerici che misurano il livello qualitativo dell'ospedale.

«Uno dei problemi italiani — dice Giorgio Vittadini, docente di Statistica dell'Università di Milano-Bicocca, uno degli autori della ricerca — è che permangono parecchie difficoltà nella raccolta dei dati, perché molti centri medici non hanno ancora acquisito questa cultura della valutazione. Sono problemi che derivano anche da un'informatizzazione tuttora largamente incompleta». Un secondo problema, aggiungiamo noi, sta nella scarsa diffusione e divulgazione di questo tipo di ricerche, che pure sono pubbliche, ma troppo spesso accessibili solo agli addetti ai lavori. Mentre, almeno i risultati più rilevanti, anche quelli negativi, sarebbero di grande interesse per i cittadini.

Prospettive

Soluzioni per preservare la sostenibilità del welfare universale

Finalità

La *Evidence Based Medicine* aiuta soprattutto nella diagnosi e nei processi terapeutici

Iniziative

C'è il Programma nazionale esiti, dell'Agenzia nazionale dei servizi sanitari

■ La spesa sanitaria pubblica

(in miliardi di euro)

Anno	Spesa	Incidenza sul Pil
2012	110,842	7,10%
2013	111,108	7,10%
2014	113,029	7,00%
2015	115,424	6,90%
2016	117,616	6,80%
2017	119,798	6,70%

Fonte: ministero dell'Economia e delle Finanze

■ Criteri a confronto

■ La qualità e l'appropriatezza di una terapia possono essere valutate attraverso una serie di indicatori di diverso tipo

● INDICATORI DI DIAGNOSI

Misurano la gravità della malattia

Per esempio: temperatura corporea, frequenza dei battiti cardiaci, numero di globuli bianchi nel sangue

● INDICATORI DI PROCESSO

Orientano al meglio il trattamento nel corso della malattia

Per esempio: peso corporeo nel trattamento dell'obesità o enzimi cardiaci nel trattamento dell'infarto

● INDICATORI DI ESITO

Misurano lo stato di salute finale al termine delle cure

Per esempio: sopravvivenza, grado di recupero funzionale dopo la malattia, possibili conseguenze a lungo termine della terapia somministrata (possibile induzione di nuove malattie, possibili danni funzionali ad altri organi o apparati)

È quindi fondamentale valutare gli esiti attraverso specifici indicatori, che devono essere messi a punto per ogni tipo di terapia, in modo da poterle confrontare tra loro e scegliere quella più efficace

La EVIDENCE BASED MEDICINE

concentra la sua attenzione soprattutto su **indicatori di diagnosi e indicatori di processo**, attraverso linee guida e protocolli condivisi e scientificamente provati, dei quali i medici devono tener conto

La VALUE BASED MEDICINE

ritiene decisivo valutare gli esiti delle cure al termine dell'intero ciclo terapeutico: **indicatori di esito**. Secondo la VBM il valore delle cure è espresso dalla formula:

$$\text{VALORE DELLE CURE} = \frac{\text{ESITO RAGGIUNTO}}{\text{COSTO DEL CICLO DI CURE}}$$



Cambia colore e lancia l'allarme se si assorbono troppi raggi Uva

Pascale, in spiaggia bracciale anti melanoma

Come assicurarsi una splendida tintarella senza trovarsi di fronte a problemi di salute anche gravi? Come capire, soprattutto per i più piccoli, quando il sole da amico della pelle sta diventando pericoloso? La Fondazione melanoma lancia il braccialetto salva pelle che con l'eccessiva esposizione cambia colore, da bianco a viola. L'iniziativa, presentata all'Istituto contro i tumori Pascale di Napoli, prevede la distribuzione gratuita di 3000 braccialetti nelle scuole elementari della Campania, sulle spiagge e a tutti coloro che ne faranno richiesta sul sito della Fondazione. Il melanoma, dicono gli esperti, fa registrare in Italia 7000 nuove diagnosi all'anno, 700 solo in

Campania, e 1500 morti. Si tratta del tumore che ha registrato il maggior incremento, negli ultimi 60 anni è aumentato di 7 volte. Ed è in calo l'età media, oggi il 20% delle nuove diagnosi è nei pazienti tra i 15 e i 39 anni. «L'eccessiva esposizione al sole da giovani - dice il presidente della fondazione e medico del Pascale, Paolo Ascierio - triplica la possibilità di sviluppare tumori da adulti. E fondamentale la prevenzione, ma guai a pensare che bastano le creme solari». «Normalmente - spiega il direttore del dipartimento Melanoma del Pascale, Nicola Mozzillo - il sole di mezzogiorno a luglio irradia 50 watt, una lampada addirittura 500. Per questo bisogna evitarle».