



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



■ REGIONE

## Centri di riabilitazione, ripresi i lavori del tavolo

NAPOLI - Sono ripresi i lavori del Tavolo tra la Regione Campania e le associazioni maggiormente rappresentative dei Centri di riabilitazione territoriale. Il Tavolo si è riunito, si legge in una nota della Regione, a seguito dell'accordo raggiunto sulla risoluzione del contenzioso decennale, dopo che la Struttura Commissariale ha verificato la realizzazione dei presupposti per la



Nella foto un centro

prosecuzione della trattativa, con il raggiungimento del quorum dei Centri che costituiscono la maggioranza delle erogazioni prestate. La discussione ha registrato il positivo avvio dei lavori per la soluzione delle problematiche relative al piano di riconversione dei posti letto, all'accreditamento delle strutture riabilitative e socio-sanitarie e all'istituto della compartecipazione alla spesa.

## **RIPRESI I TAVOLI DI LAVORO TRA REGIONE E ASSOCIAZIONI**

### Sanità, riabilitazione: confronto con i Centri

**NAPOLI.** Sono ripresi i lavori del Tavolo tra la Regione e le associazioni maggiormente rappresentative dei Centri di riabilitazione territoriale dopo che è stato trovato l'accordo sulla risoluzione del contenzioso decennale. La Struttura commissariale ha infatti verificato la realizzazione dei presupposti per la prosecuzione della trattativa, con il raggiungimento del quorum dei Centri che costituiscono la maggioranza delle erogazioni prestate. La discussione ha registrato il positivo avvio per risolvere le problematiche relative al piano di riconversione dei posti letto, all'accreditamento delle strutture riabilitative e socio-sanitarie e all'istituto della compartecipazione alla spesa.

## IERI LA RIPRESA DELLA TRATTATIVA

### Centri di riabilitazione, braccio di ferro tra parti sociali e Palazzo Santa Lucia

**NAPOLI (gp)** - Anche sui servizi ci sono lavoratori e utenti che sono preoccupati in questo periodo. Si tratta di coloro che operano o usufruiscono dei Centri di riabilitazione territoriale. Dopo settimane di stop, è ripreso il tavolo di confronto tra la Regione Campania e le associazioni maggiormente rappresentative di queste realtà. *"Il tavolo si è riunito a seguito dell'accordo raggiunto sulla risoluzione del contenzioso decennale, dopo che il commissario ad acta ha verificato la realizzazione dei presupposti, con il raggiungimento del quorum, per la prosecuzione della trattativa. La discussione ha registrato il positivo avvio dei lavori per la soluzione delle problematiche relative al piano di riconversione dei posti letto, all'accreditamento delle strutture riabilitative e socio-sanitarie e all'istituto della compartecipazione alla spesa"*, fanno sapere dalla Regione Campa-

nia. Molti sindacati, però, sono esclusi dal confronto e sono gli stessi che settimane fa hanno protestato in maniera vibrante sotto Palazzo Santa Lucia, sede degli uffici della giunta. L'amministrazione regionale prova a dare risposte anche se più probabilmente sarà la prossima giunta a prendere decisioni a lungo termine. Ormai tutti aspettano le elezioni. Tranne chi continua a soffrire la carenza di servizi, che avrebbe bisogno di risposte immediate. *"Noi non ci stiamo e continuiamo a rivendicare diritti per lavoratori e pazienti, in un servizio pubblico universale che sia al servizio dei cittadini. Per questo ci opporremo con forza ad ogni ulteriore tentativo di strumentalizzazione e rispediremo al mittente le procedure di licenziamento collettivo avviate, pronti a forme di lotta più incisive che vadano ben oltre il 31 maggio"*, fanno sapere dalla Cisl.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## **Il gap italiano** Solo il 36% dialoga in rete con la Pa

Ridurre tempi e costi della burocrazia con i servizi pubblici on line è ancora una chimera. Sono pochi e insoddisfatti gli italiani che usano la Rete per dialogare con la Pubblica amministrazione: soltanto il 36% della popolazione. Percentuale che ci vede al terzultimo posto nella graduatoria dei 28 Paesi Ue dove la media è del 59%. Peggio di noi fanno la Bulgaria (36%) e la Romania (17%). Secondo un rapporto di Confartigianato, i servizi on line della Pa sono utilizzati dall'85% delle imprese, una quota inferiore di 3 punti rispetto alla media in Europa. E l'invio telematico di moduli compilati ci vede distanti di 16 punti percentuali.

**E-HEALTH**

## Ecco il Manifesto digitale

*Perché puntare sull'innovazione: qualità e investimenti*

**I**l patto digitale è uno dei grandi temi aperti su cui Governo e Regioni si sono impegnati e che, nonostante la tabella di marcia messa nero su bianco, nel cosiddetto "patto nel patto" approvato l'anno scorso, fatica a trovare la quadra. Eppure, un'azione coordinata tra le società pubbliche di Ict attive in tutte le Regioni e i principali player privati di settore potrebbe dare gambe e fiato a una rivoluzione tanto annunciata quanto stentata nel-

la pratica. Con le solite Regioni virtuose pronte e le altre dietro a passarsi la borraccia del cambiamento. E soprattutto con gli investimenti al contagocce. Il Manifesto per favori-

re un Ssn versione "3.0" parte dal presupposto che l'e-health oggi vale 110 milioni di euro all'anno e l'idea (certo non nuova) di creare un network

pubblico-privato con finalità e step organizzativi ben precisi potrebbe dare una svolta. I benefici sarebbero molteplici: per il Sistema sanitario, per i protagonisti economici

ci, per i cittadini. Presentiamo il testo integrale del Manifesto, che si propone come un'idea di partenza, un foglio bianco su cui sono chiamati a scrivere altri volenterosi. Per prendere impegni precisi su qualità, tempi e buona spesa.

A PAG. 6-7

**ASSINTERITALIA**

## E-health: un manifesto pubblico-privato per una vera svolta 3.0

**I**l patto industriale tra le maggiori imprese del made in Italy della sanità elettronica e le società Ict in house delle Regioni è la vera novità nel panorama paludoso dell'e-health italiano. Dà gambe e voce a quel patto digitale voluto dalla ministra della Sanità, che è stato più volte richiamato, ma che in realtà non è ancora giunto in porto.

**La necessità di un patto.** Le novità sono tre. La prima, la più importante: aziende pubbliche e private decidono di non farsi concorrenza e di collaborare al piano nazionale di interoperabilità che deve far nascere il Fascicolo sanitario elettronico. La legge stabilisce che entro il 2015 tutti i cittadini italiani hanno diritto di attivare il Fse, ma soltanto poche Regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Trentino, Toscana) sono veramente pronte. Per farlo, è necessaria una grande collaborazione pubblico-privato, un patto, appunto. Il pubblico si ritira da un mercato concorrenziale, di prodotto e svolge l'importante funzione di driver dell'investimento; il privato si impegna a "industrializzare" le soluzioni tecnologiche per il Fascicolo del cittadino, per le reti regionali e-health di generazione Internet che ci porteranno verso un welfare a bassa burocrazia.

La seconda novità non è da meno. Le

società in house delle Regioni - coordinate da Assinteritalia, l'associazione presieduta da **Clara Fresca Fantoni**, direttore generale di Informatica Trentina - sono pronte a supportare il Governo e l'Agenzia digitale italiana, come network di promozione nazionale dell'e-health, per dare gambe nel territorio nazionale ai programmi dell'Agenda digitale italiana, tra cui, in primis, il Fse.

Di cosa si tratta? Si parte dalla constatazione che tutti gli enti centrali che dovevano promuovere la digitalizzazione del Paese - come l'Agenzia per l'Agenda Digitale che ha vissuto nell'ultimo anno una storia tormentata - non sono riusciti a svolgere questa funzione.

Uno dei principali motivi dell'insuccesso è la mancanza di una rete capillare nei territori. Ogni Regione ha fatto la sua politica digitale, con risultati non sempre all'altezza della sfida.

Perché, allora, non utilizzare le quindici società Ict in house presenti in altrettante realtà regionali, che peraltro sul Fascicolo sono state molto attive? Questa rete con un know-how progettuale considerevole si metterebbe a disposizione di un organo centrale (Agenzia digitale, Dipartimento) e anche il rapporto Stato-Regioni ne gioverebbe. Le società regionali acquisirebbero una rinnova-

ta e triplice identità: meno concorrenza al mercato, punto di riferimento delle politiche regionali e strumenti di coordinamento operativo delle politiche nazionali.

Va anche sottolineato che le diverse società, peraltro, hanno competenze diversificate: mettendosi in rete potrebbero attivare sinergie estremamente positive. Non bisogna dimenticare che molte di queste aziende sono "regionalizzazioni" delle vecchie società Finisiel: l'informatica di stato, aveva fin dagli anni '80 costruito un network capillare di società "miste" con le Regioni, coordinate da una holding nazionale. Oggi i tempi sono cambiati, ma questa esigenza di una politica nazionale si ripropone con forza. Veniamo infine alla terza novità. Come dare concretezza alla collaborazione pubblico-privato? Qui

l'indirizzo viene dalla bozza del Patto digitale circolata in questi mesi, con l'idea degli accordi pre-competitivi, che in altri Stati europei, come la Spagna e la Francia, stanno avendo un notevole successo.

Il mercato della sanità elettronica italiana è fermo. Le aziende sanitarie e ospedaliere non investono o investono pochissimo, meno di quell'1% che ci ricorda l'Osservatorio del Politecnico di Milano.

Si fanno gare per il minimo indispensabile e al massimo ribasso del prezzo, con tempi lunghissimi e risultati più che deludenti. Le grandi imprese internazionali del settore si stanno allontanando dal mercato italiano dell'e-health; altri si accontentano di vendere connettività, hardware e software di base.

Ma i tre ingredienti, se non impastati bene, non generano reti in grado di diffondere il Fascicolo tra i cittadini, ma solo una grande frammentazione del nostro digitale.

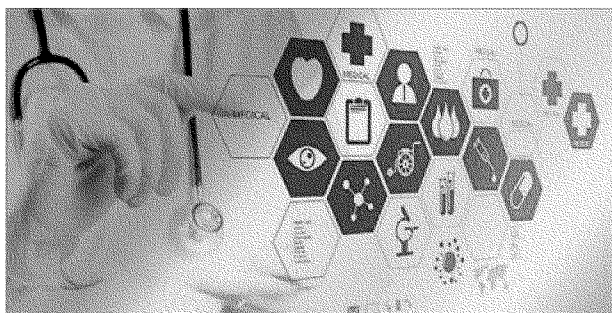
Occorre una svolta. Sperimentare soluzioni tecnologiche avanzate, in particolare per le piattaforme di interoperabilità regionali e di Asl, con accordi di collaborazione pubblico-privato. Se le innovazioni funzionano si mettono a gara, con precisi requisiti di qualità e non solo al minor prezzo.

Poi occorre favorire il riuso di queste soluzioni tra le diverse Regioni e aziende sanitarie locali; utilizzando, perché no, le stesse società in house regionali, facendole lavorare insieme come community di rete.

Non è tempo di chiusure nei propri orticelli. I vantaggi di questo cambiamento sa-

rebbero molteplici: per il pubblico, che deve rispettare le scadenze di legge e passare a una sanità ad alta comunicazione; per il mercato che si rimetterebbe in movimento, in particolare per quello made in Italy della nostra informatica sanitaria. Ma soprattutto se ne avvantaggerebbero i cittadini, che avrebbero servizi semplificati on line, trasparenza nelle liste e nei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. L'idea è senz'altro intelligente e non molto distante da quello che il Governo ha detto di voler fare con Login Italia.

**Mauro Moruzzi**  
responsabile  
*E-health Assinter Academy*



IL TESTO DELLA PROPOSTA

## Il made in Italy per una Sanità digitale *Un welfare senza burocrazia*

**I**l presente documento vale come contributo di alcuni soggetti, pubblici e privati, alla non procrastinabile discussione sulla digitalizzazione della sanità italiana. Pertanto va considerato aperto a tutti gli attori e altri operatori di settore che vogliono attivamente e con responsabilità civica partecipare alla proposta da sottoporre al Governo e alle sue strutture.

### 1. Contesto

La sanità italiana costa annualmente 110 miliardi di euro. Il mancato trasferimento in rete dei servizi di assistenza e cura nel breve periodo rischia di causare un crollo del sistema, come è accaduto in altri settori, difficilmente recuperabile a posteriori. La sanità deve rapidamente entrare nell'era della trasformazione digitale, come sta accadendo per tutti i settori dell'industria e dei servizi. Questa è la strada ormai scelta dai più avanzati sistemi pubblici e privati di welfare.

Il pericolo è che il nostro "buon sistema" di welfare sanitario non sia più confrontabile con i servizi che altre realtà nazionali ed europee forniscono ai cittadini e che i suoi servizi siano sempre più inadeguati e appesantiti da logiche burocratiche.

È convinzione, ormai diffusa tra tutti gli operatori di settore, che occorra una rapida svolta verso una Sanità on line, "ad alta comunicazione", che utilizzi tutte le possibilità di internet: dal mobile all'accesso facile, dalla trasparenza verso l'utenza ai più recenti componenti low cost, hub and spoke di valorizzazione delle alte specialità mediche, in grado di garantire la continuità di cura tra ospedale e territorio.

Il problema delle liste di attesa, dell'assistenza home care e della presa in carico del paziente lungo i percorsi di cura e patologia non possono essere risolti con gli strumenti tradizionali e burocratici della sanità novecentesca, ma con un programma deciso di e-Health.

Tale cambiamento deve essere realizzato in un tempo breve, mettendo in atto da subito - con il patto della sanità digitale - un forte investimento programmato in tecnologie tra loro interoperabili. Tale progetto oggi si scontra, però, con la grave situazione della sanità digitale: un mercato so-

stanzialmente bloccato da anni, frammentato, governato da vecchie regole asfittiche e da una miriade di interessi locali, carente oggi di strategie complessive, finanziarie e attuative. Occorre quindi un forte coordinamento strategico e operativo, assicurando una solida regia, per superare la dicotomia tra le diverse politiche nazionali e regionali, evitando ulteriore frammentazione, ritardi e povertà di risultati.

In questo quadro, significative leggi e policy, come il Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e l'Agenda digitale corrono il serio rischio di restare inapplicati. Anche le migliori esperienze di e-Health regionale potrebbero disperdersi, pur riconosciute di importanza europea.

È in gioco, per l'Italia e il suo Sistema sanitario, il futuro assistenziale del Paese.

È necessario quindi approntare soluzioni che sbloccino rapidamente il mercato della sanità digitale superando:

- la frammentarietà tecnologica della domanda e dell'offerta di sanità digitale, con standard e processi di industrializzazione del Fse che possono avere come protagonista l'industria informatica nazionale;
- la caotica e generale incoerenza del quadro normativo che regola i rapporti tra sanità pubblica e mercato dell'Ict con l'utilizzo di strumenti precompetitivi di collaborazione e co-finanziamento pubblico-privato.

Mettendo quindi in atto:

- una diffusa cultura digitale nel rapporto paziente-medico-cittadino-operatori;
- un programma governativo per l'utilizzo delle migliori potenzialità presenti nelle realtà regionali che faccia leva sul riuso delle esperienze progettuali maturate nel network delle società Ict di Regioni e Province autonome e nell'offerta dell'industria digitale nazionale come driver dell'investimento a vantaggio di tutto il sistema;
- una coraggiosa e generale politica di investimento, che converga sulla centralità dell'e-Health come driver di rilancio del sistema di welfare nazionale.

Nell'attuazione, Governo e decisori possono avvalersi - come già detto - della competente

industria nazionale, pubblica e privata, che già opera e si è specializzata nei servizi digitali in ambito sanitario. Questo patrimonio di conoscenze e competenze di matrice italiana già oggi costituisce, tra l'altro, una competenza spendibile anche in ambito internazionale.

Al contempo il quadro normativo complessivo può essere rapidamente perfezionato per dare attuazione alle norme europee previste nell'Agenda digitale e nella Legge nazionale sul Fascicolo sanitario elettronico, sviluppando, da subito, un pacchetto di servizi reali, interamente dematerializzato, a favore dei cittadini (come accesso, liste di attesa, accesso al teleconsulto, home care, presa in carico dei malati cronici) in una logica di abbassamento del tasso di burocrazia presente nella sanità italiana.

Nell'attuale frammentario investimento Ict per l'e-Health si sottovaluta inoltre la possibilità di utilizzare i Big Data delle reti e-Health per la programmazione delle policy di salute e la ricerca per la conoscenza del cittadino utente. È un'occasione per costruire un grande welfare digitale anche con l'apporto di occupazione giovanile qualificata e start up, che tengono conto del modello organizzativo evolutivo e che abilitino la possibilità e la capacità di attirare investimenti internazionali.

Su queste direttrici, auspichiamo un salto di qualità netto nelle politiche governative e regionali.

### 2. L'e-Health mette al centro il cittadino

Attualmente, le informazioni e i dati legati alla storia clinica e allo stato di salute del cittadino sono distribuiti e raccolti in diversi sistemi informativi territoriali (Assl e Aol). Solo in alcune Regioni si è iniziato a raccogliervi nel

Fascicolo sanitario elettronico, rendendoli parzialmente disponibili e fruibili da parte del cittadino-paziente.

La mancanza di condivisione delle informazioni e dei dati lungo tutto il percorso di cura e di assistenza, così come di un flusso informativo di dati di salute nei diversi luoghi di vita del cittadino-paziente (casa e ufficio) - anche per effetto di un diffuso digital divide - è la causa:

- di bassi livelli di cura e assistenza non ospedalizzata, ossia domiciliare e negli altri luoghi e ambienti di vita e lavoro del cittadino;

- di incremento della spesa sanitaria dovuto alla frequente, talvolta inutile, esecuzione di prestazioni diagnostiche;

- della mancata responsabilizzazione del cittadino nella gestione dei dati e del proprio percorso clinico necessaria per poter scegliere tra le diverse opportunità offerte, dal mercato profit e non profit;

- della carenza di strumenti per la gestione del rischio clinico agli operatori;

- della mancata integrazione fra i livelli assistenziali sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati, non profit;

- della mancata valorizzazione del medico di famiglia e dell'assistenza domiciliare nel rapporto con i medici specialisti e come protagonista del percorso di cura.

Nel progettare un modello innovativo di sanità "elettronica" per la gestione delle relazioni tra strutture sanitarie, pazienti e sistemi sanitari regionali e nazionali, il paziente deve rappresentare il driver portante, mentre le soluzioni Ict costituiscono un formidabile strumento a supporto. L'approccio "mobile health" e il Fascicolo sanitario elettronico consentono, infatti, sia la realizzazione di nuove strategie organizzative nei percorsi di continuità assistenziale, sia nuove e più efficienti modalità di interazione che facilitino l'accesso e la gestione proattiva della salute e dei dati clinici da parte dei cittadini.

Oggi tutti i sistemi sanitari in Europa sono impegnati nel ridisegno della rete di assistenza per

far fronte all'evoluzione demografica (aumento dell'età della popolazione, aumento della cronicità...) e all'evoluzione delle cure stesse (cure sempre più specializzate ed efficaci ma anche costose), valorizzando al massimo il territorio tramite il rafforzamento della prevenzione e nuovi assetti organizzativi per far fronte ai bisogni di prossimità, presa in carico e continuità della cura. In questo contesto di territorializzazione dell'assistenza, il "mobile health" e il Fascicolo sanitario elettronico possono costituire un elemento importante di facilitazione e abilitazione alla trasformazione in parte in corso e che necessariamente sarà il tema dominante del prossimo futuro.

### 3. Le migliori competenze a servizio del Paese: un asse industriale tra mercato e attore pubblico regionale

Il perseguimento di questi obiettivi può trovare concreta attuazione attraverso collaborazioni e sinergie tra l'industria Ict nazionale e le società Ict delle Regioni e delle Province autonome. Queste ultime possono arrivare a costituire un network nazionale con poli ad alta specializzazione che diventino driver dell'investimento pubblico e privato indirizzandolo in una logica di rapida diffusione dell'e-Health e del Fse, in maniera coerente con la programmazione di Regioni e Province autonome. In questo modo le società Ict di Regioni e Province autonome dovrebbero riorientare la loro attività creando una rete nazionale di collaborazione che indirizzi gli investimenti, raccogliendo, qualificando e governando la domanda di innovazione e lasciando la realizzazione dei progetti al mercato.

In questo quadro di concorso alla costruzione di un disegno comune, le società di mercato che hanno sviluppato progetti e soluzioni per la sanità elettronica, possono mettere a disposizione tecnologie di interoperabilità, di raccolta ed elaborazione dati, di diffusione e aggregazione delle informazioni sanitarie rilevanti in linea con i modelli evolutivi.

In un'ottica di ammodernamento complessivo, questi model-

li di collaborazione devono essere costruiti anche in chiave interregionale per svolgere l'azione, indispensabile, della condivisione del know-how da una Regione all'altra, garantendo al tempo stesso velocità di azione, massima diffusione e standardizzazione.

### 4. In concreto: il made in Italy per la sanità digitale

Per dare concretezza a un nuovo patto pubblico-privato, occorre attivare da subito un grande cantiere digitale comune per:

- il riposizionamento delle società pubbliche Ict di Regioni e Province autonome, già in parte avviato negli ultimi anni, valorizzando sempre più e con convinzione i modelli di società orientati alle funzioni di programmazione strategica, progettazione, program management e organizzazione della domanda di innovazione, a supporto degli enti nell'attuazione dei piani di digitalizzazione nazionali e regionali della sanità, demandando al mercato la realizzazione dei progetti attuativi;

- la piena adozione delle esperienze maturate dalle imprese private di settore per consentire la realizzazione rapida e diffusa dei progetti e l'industrializzazione del Fse;

- la stesura di accordi di partnership pubblico-privato che puntino alla valorizzazione del patrimonio industriale italiano sul mercato nazionale e internazionale, attraverso partenariati innovativi annunciati e previsti nelle nuove direttive comunitarie;

- la garanzia di una piena e rapida attuazione di standard comuni e omogenei, garantendo a supporto del lavoro degli organi centrali, una cerniera tecnica verso i territori;

- la valorizzazione di poli di specializzazione regionali, coerentemente con le più recenti proposte di adeguamento legislativo dell'articolo 117 della Costituzione, consentendo, a tal fine, la semplificazione delle politiche di riuso in vigore; in questo quadro, è auspicabile l'adozione di modelli di collaborazione a rete che favoriscano tutte le sinergie realizzative;

- la finalizzazione delle risorse necessarie, economiche e finanziarie, passando da un 1% di risorse investite in informatica sanita-

ria a distribuzione frammentaria, a un 5% del budget sanitario impiegato per una sanità nell'e-Health, come intervento finanziario d'urto;

- la valorizzazione del modello italiano nei diversi contesti internazionali.

Proponiamo, da subito, di dar vita a un serrato programma di sperimentazione e co-progettazione tra imprese private e società pubbliche Ict di Regioni e Province autonome, che punti a:

- rendere interoperabili le esperienze esistenti di fascicolo sanitario elettronico, preparando così una reale e rapida diffusione a tutti i cittadini italiani, valorizzando quindi gli investimenti industriali già fatti e la reale interregionalità nel percorso di cura; si tratta anche di utilizzare le informazioni disponibili nei Fse regionali per diffondere su scala nazionale l'impiego del teleconsulto, aumentando così la qualità della cura e riducendo costi e disagi legati alla migrazione sanitaria dei cittadini;

- rivalutare il ruolo dell'assistenza al di fuori degli ospedali (territorializzazione dell'assistenza), ponendo le basi per il rafforzamento di una rete di servizi territoriali supportati da reti e-Health e e-Care che possa meglio rispondere ai nuovi bisogni socio-assistenziali e garantisca minori costi e migliori risultati per la popolazione, riqualificando le esperienze del fascicolo sanitario elettronico come elemento abilitante per la territorializzazione.

- rivedere il ruolo dell'assistenza al di fuori degli ospedali (territorializzazione dell'assistenza), ponendo le basi per il rafforzamento di una rete di servizi territoriali supportati da reti e-Health e e-Care che possa meglio rispondere ai nuovi bisogni socio-assistenziali e garantisca minori costi e migliori risultati per la popolazione, riqualificando le esperienze del fascicolo sanitario elettronico come elemento abilitante per la territorializzazione.

Riteniamo inoltre che, per rendere immediatamente cantierabili i progetti individuati, tale laboratorio possa rappresentare l'occasione per mettere in atto, misurandone in concreto il perimetro di applicabilità, nuove forme di partenariato pubblico-privato previste anche dalle recenti direttive comunitarie che riformano il settore degli appalti. È necessario infatti che si riconosca la specificità del settore Ict e l'esigenza di superare le asimmetrie esistenti nella collaborazione tra mercato e pubblica amministrazione, amplificate dalle attuali applicazioni del codice degli appalti. ●

**FORMAZIONE E COMUNICAZIONE**

## Performance, anche nella sanità chi più spende meno spende

**L**a sostenibilità del sistema sanitario è ottenibile solo a scapito della qualità delle cure? È questo il grande dilemma del welfare contemporaneo, che si vede stretto tra l'esigenza di far quadrare i conti e una popolazione sempre più anziana e affetta da malattie croniche. Un dilemma al quale Sabina Nuti della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa può rispondere da un punto di osservazione privilegiato. Il Laboratorio Mes (Management e sanità), di cui è responsabile, è referente del sistema «Bersaglio», che tramite un insieme di 160 indicatori valuta le performance delle aziende sanitarie. Partito con l'analisi della sanità Toscana dieci anni fa, il metodo, con la prossima adesione della Calabria, è applicato oggi a 14 Regioni.

«In base ai nostri dati - spiega Nuti - non possiamo dire che chi spende di più ha una performance migliore. Anzi, registriamo una leggera correlazione inversa: un'evidenza in linea con i più importanti studi internazionali». Qual è allora la chiave per l'efficienza e la razionalizzazione della spesa? «Possiamo senza dubbio dire che nessun cambiamento è realizzabile senza il coinvolgimento attivo dei lavoratori», ha sottolineato la responsabile del Mes durante l'evento di presentazione della ricerca Fiaso sul benessere organizzativo. Una conseguenza della natura stessa delle organizzazioni sanitarie: la parola azienda, infatti, può trarre in inganno, perché tra una Asl o un ospedale e una impresa manifatturiera o di servizi le differenze sono enormi. Non solo per le caratteristi-

che del personale, ad altissima specializzazione, e del servizio, necessariamente distribuito sul territorio, ma per come avvengono tutti i processi decisionali. «Pensiamo al direttore generale di una azienda sanitaria pubblica - ha proseguito Nuti - si tratta di una figura molto diversa da un amministratore delegato di un'impresa "classica". Egli si trova più al termine che all'inizio delle catene decisionali, in una sorta di piramide rovesciata, in virtù delle particolarità della professione medica e del rapporto tra il professionista e il paziente». Un po' come il rettore di un'università, che difficilmente viene visto come un «capo» dai colleghi che lo hanno eletto.

Un elemento che, nel panorama della pubblica amministrazione, rappresenta comunque una opportunità: «I processi manageriali e di leadership rappresentano uno snodo fondamentale del passaggio da progetto a processo», ha spiegato Angelo Cerrone, dirigente dell'ufficio per l'organizzazione del dipartimento della Funzione pubblica. «Nelle amministrazioni classiche questo passaggio è ancora molto irraggiungibile e burocratizzato, ancorato alla logica dei procedimenti e dei loro tempi».

Le leve più efficaci in mano al management sanitario per migliorare le performance dei dipendenti sono la formazione e la comunicazione: «I professionisti devono sentirsi protagonisti, "engaged", per usare un termine inglese che richiama anche la sfera dell'impegno sentimentale», spiega Nuti. «I nostri dati sulla regione Toscana ci dicono che il clima

organizzativo è correlato alla performance in maniera molto marcata, così come lo sono la qualità della comunicazione interna ed esterna, nonché la valutazione del management da parte dei professionisti». In questo l'iniziativa dei dirigenti o delle unità operative è cruciale perché, come aggiunge Cerrone, «una buona comunicazione non si può fare per legge».

«Fino a qualche anno fa si pensava che lo "stare bene al lavoro" dei dipendenti avesse poco a che fare con la produttività, al massimo ci si preoccupava della sicurezza, facendo attenzione che non ci fossero incidenti», ha raccontato Sergio Iavicoli, direttore di dipartimento presso l'Inail. «Ma negli ultimi anni, in Italia, è cresciuta una nuova sensibilità verso questi temi, tanto che il nostro Paese, da fanalino di coda, è ora nella top-5 dell'Agenzia europea per la sicurezza sul lavoro di Bilbao su molti indicatori».

«Nei processi di razionalizzazione e riorganizzazione - conclude Nuti - il personale vuole essere coinvolto nella definizione degli obiettivi, che devono essere di natura rigorosamente quantitativa, e vuole essere informato sui risultati ottenuti». Con una valutazione sistematica, pubblica e in benchmarking delle performance e dei risultati ottenuti, dicono gli studi, aumenta anche la soddisfazione dei pazienti: una strada, forse, per risolvere il dilemma e riuscire a fare meglio anche quando si hanno meno risorse.

**Lucio Bondi**

**CONFERENZA UNIFICATA/ 2****Welfare, avanti sui costi standard**

**V**ia libera all'Intesa, purché ne restino escluse le Pa, sulla determinazione di costi e fabbisogni standard per le politiche sociali. Per la precisione, come si legge nel documento, si tratta di «prime indicazioni per un percorso finalizzato alla rilevazione della spesa sociale, dei fabbisogni e dei costi standard, dei servizi e degli interventi aventi caratteristiche di generalità e permanenza all'interno delle Regioni (e Province autonome, ndr) e delle autonomie locali, nell'ambito delle politiche sociali».

L'intesa stabilisce la prosecuzione delle attività di analisi e valutazione della spesa connessa ai servizi sociali, erogati dai Comuni nelle Regioni, così aggregati da un gruppo di lavoro ad hoc: accesso e presa in carico, interventi per l'assistenza domiciliare e il sostegno educativo, nidi e servizi integrativi per la prima infanzia, servizi territoriali residenziali e semiresidenziali per le fragilità, interventi e misure per facilitare inclusione e autonomia, sostegno al reddito. Il gruppo procederà all'analisi delle diverse componenti di costo, confrontando i territori per arrivare in 15 mesi a definire fabbisogni e costi standard.

---

## Salute

---

### Due congressi sulle malattie neuromuscolari

---

Dal 18 al 23 maggio, Napoli ospiterà due congressi dedicati alle malattie neuromuscolari: il XII Congresso della Mediterranean Society of Myology (MSM), dal 18 al 20 maggio; ed il XV Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Miologia AIM, dal 20 al 23 maggio. Due importanti appuntamenti per presentare lo stato dell'arte degli studi su queste malattie. «Durante queste giornate di studio - dice il professor Giovanni Nigro, presidente della MSM e del comitato scientifico che cura gli eventi - saranno trattati sia aspetti di base che clinici. Verrà inoltre dato spazio anche all'impatto psicologico ed economico della malattia sui pazienti e le loro famiglie». Nel comitato promotore e nel comitato scientifico responsabile del Programma, ma anche relatori e figure di riferimento per i due eventi, Luisa Politano, presidente della Commissione Medico Scientifica della Uildm (Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare) e Vincenzo Nigro.



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



Le scelte della politica: le questioni

# Sanità da rilanciare l'Irpinia vuole risposte

Dopo i tagli alle strutture per il piano di risanamento si invoca il potenziamento di ospedali e rete dei servizi

**Flavio Coppola**

Parlare di sanità, in Irpinia, significa riaprire una delle ferite più profonde che la gestione regionale abbia inferto al territorio.

Dalle inutili barricate erette nel 2010 contro la soppressione dell'ospedale «Di Guglielmo» di Bisaccia - un colpo durissimo mitigato solo in parte dalla riconversione del «Criscuoli» di Sant'Angelo dei Lombardi - fino all'ipersaturazione del «Moscati» di Avellino per il blocco del turn over, ed alla generale difficoltà in cui versano tutte le maggiori strutture conven-

zionate: il settore, a conti fatti, è letteralmente in agonia.

Come se ne non bastasse, l'uscita dal commissariamento - immaginata quale logica conseguenza dopo il ripiano del disavanzo conseguito dalla giunta Caldoro - a sentire il ministro della salute Beatrice Lorenzin, è ancora lontana. In questa cornice, i 1.118 nuovi innesti annunciati a più riprese dal governatore uscente, quale contropartita per uno sblocco almeno parziale delle assunzioni, a conti fatti, sembrano destinati a consegnare ai presidi irpini solo un pugno di professionisti, per lo più dirigenti, a fronte di un'assolu-

ta carenza di infermieri e medici.

Nel frattempo, le liste d'attesa restano infinite e persistono gravi disagi nei Pronto soccorso. Dal 2009 ad oggi, gli ospedali della Campania si ritrovano con circa 9.000 operatori in meno. Per questo, dopo anni di sacrifici e manovre lacrime e sangue, il mantra dei candidati, di centro-destra e centrosinistra, è «invertire la rotta». In particolare, rimodulando un bilancio nel quale la sanità occupa oltre il 60 per cento delle voci, ma non senza doppi e sprechi da tagliare. I più audaci si spingono a promettere l'abolizione dei ticket sanitari, tra i più alti d'Italia. Altri,

più modestamente, sottolineano la necessità di razionalizzare e potenziare la rete delle emergenze.

Tutti, comunque, concordano sulla necessità di ricostruire un comparto profondamente colpito, con buona pace del diritto alla salute dei cittadini. Soprattutto di quelli più deboli. Gli obiettivi sono molteplici: in primis quello di una ulteriore e progressiva valorizzazione dell'azienda ospedaliera «Moscati», che pur soffrendo carenze di personale è riuscita a confermare livelli di eccellenza su diverse branche (oncologia, ma non solo). Contestualmente, la provincia si at-

tende una tutela maggiore dell'ospedale «Frangipane di Ariano Irpino», che dovrebbe continuare a fornire un contributo significativo alla rete dell'emergenza. Ci sono poi altri nodi collaterali da sciogliere, come quello dell'implementazione della rete di medicina territoriale per la prima assistenza, in via di definizione a livello regionale, o quello della totale riconversione degli ex presidi ospedalieri, in particolare per l'assistenza a detenuti psichiatrici, prevista a San Nicola Baronia con la realizzazione di una nuova residenza.



## «Mancano i totem, aggravio di spesa per chi deve prenotare una visita medica»

*La denuncia di Cristiana Scappaticci di "Cittadinanzattiva". L'Asl Napoli 3 Sud è responsabile degli oneri aggiuntivi che variano tra 1,5 e 2 euro a ricetta*

DI **PASQUALE MALVONE**

**BOSCOTRECASE.** Chi ha diritto all'esenzione del ticket sanitario si ritrova a pagare le commissioni per l'assenza di totem all'interno dell'Ospedale civile "Sant'Anna e Madonna della Neve" di Boscotrecase. A denunciare il disservizio che colpisce soprattutto i cittadini meno abbienti, è il tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva. «Agli utenti - spiega la coordinatrice Cristiana Scappaticci - non è consentito pagare l'importo dovuto per

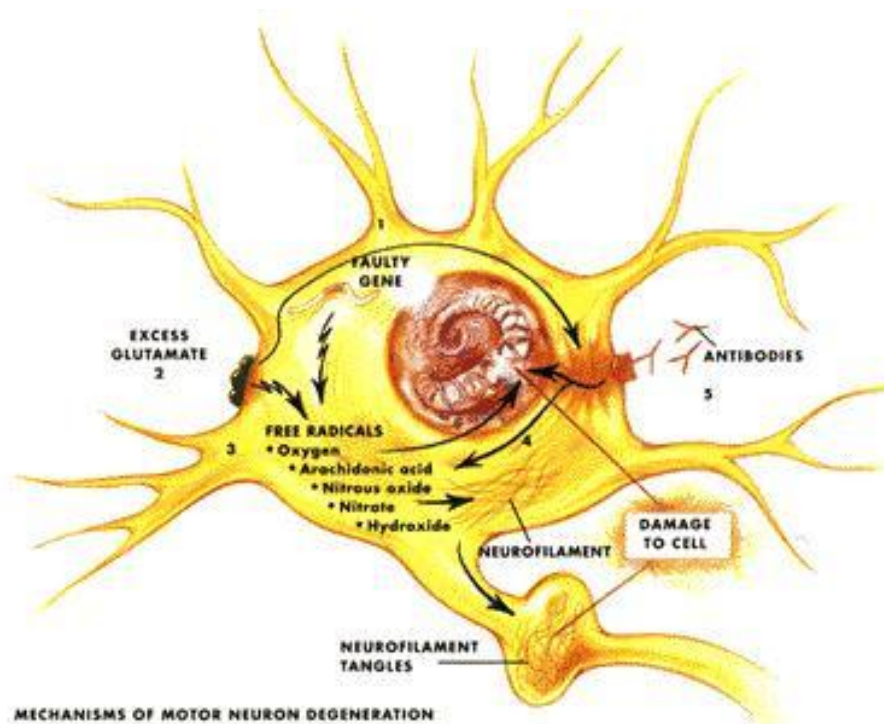
le prestazioni specialistiche presso il Centro unico di Prenotazione (Cup) dell'Ospedale con la conseguenza di doversi necessariamente rivolgere ad intermediari, quali farmacie o tabaccherie». Ma è proprio questo il punto dolente: una qualsiasi farmacia abilitata alla erogazione del servizio chiede una commissione di 1,5 euro, un tabaccaio aggiunge un'addizionale di 2 euro. «Chi ha diritto all'esenzione - sottolinea la nostra interlocutrice - a causa dell'assenza del totem è costretto a pagare un importo che altrimenti non avrebbe dovuto versare. Si tratta di un defaticante, ingiustificato, inutile ed illogico aggravio di spese per i cittadini meno abbienti».

«Il disservizio - prosegue - è diffuso su tutto il territorio dell'Asl Napoli 3 Sud. L'amministrazione non resti inerte ma provveda tempestivamente ad installare i descritti totem e o qualsivoglia dispositivo che consenta il pagamento del ticket senza oneri aggiuntivi. Si tratta di un gesto dovuto nei confronti dei cittadini, già afflitti quotidianamente da inutili e gravi tasse e che non meritano questo ulteriore balzello».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



# L'arma anti-osteoporosi nella proteina prodotta dal pancreas



STEFANO MASSARELLI

**L**a scoperta è arrivata per caso e potrebbe aprire prospettive importanti nella diagnosi precoce e nella cura dell'osteoporosi. Al centro della ricerca c'è una proteina prodotta dal pancreas - chiamata C-peptide - apparentemente priva di funzioni fisiologiche, che potrebbe avere un'influenza diretta sulla salute delle ossa. «Nella nostra ricerca, effettuata su un campione di donne in menopausa e non diabetiche, abbiamo dimostrato che il valore di C-peptide nel sangue si correlava alla densità minerale ossea, in modo indipendente da altri parametri ematici legati al valore della densità dell'osso», chiarisce Carmine Gazzaruso, responsabile del Servizio di endocrinologia e diabetologia dell'Istituto Clinico Beato Matteo, coordinatore dello studio pubblicato sulla rivista «osteoporosis International» e condotto con l'Irccs Istituto Ortopedico Galeazzi, l'Irccs Policli-

nico San Donato e le Università di Catanzaro, Padova e Milano.

L'idea è che il C-peptide non solo sia un indicatore importante per la diagnosi dell'osteoporosi, ma abbia un ruolo diretto nell'influenzare la microarchitettura ossea, rendendo le ossa più o meno fragili. Un'interpretazione che chiarirebbe il motivo per cui i soggetti con diabete di tipo 1, che presentano una carenza di insulina e conseguentemente anche di C-peptide, vadano incontro a un'alta incidenza di osteoporosi, mentre i soggetti con diabete di tipo 2, che hanno spesso alti livelli di insulina

**Carmine  
Gazzaruso  
Diabetologo**

**RUOLO:** È RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA DELL'ISTITUTO CLINICO BEATO MATTEO DI VIGEVANO

e di C-peptide, presentano ossa più dense. «Un aspetto importante dello studio sta nel fatto che abbiamo effettuato l'indagine su un campione di donne non diabetiche in menopausa e quindi senza l'influenza di condizioni ormonali che avrebbero potuto falsare la correlazione», spiega Gazzaruso. La scoperta potrebbe segnare un passo avanti nella diagnosi dell'osteoporosi, utilizzando il C-peptide come marcatore di rischio, con la prospettiva di creare una classe di farmaci in grado di modulare i livelli di questa proteina come forma di terapia.

I PROGRESSI NELLA LOTTA ALLA SCLEROSI MULTIPLA, UNA PATOLOGIA NEUROLOGICA IN CRESCITA

## Condividere le conoscenze, un aiuto alla scienza

**M**igliorare la qualità di vita dei pazienti con Sclerosi Multipla grazie a terapie sicure, efficaci e sostenibili. E senza dimenticare l'efficienza. Sono i principali argomenti su cui si sono confrontati i maggiori esperti di questa complessa patologia. L'occasione era il BEMS, Best Evidences in Multiple Sclerosis, tenutosi a Roma il 6 e 7 maggio scorsi. L'evento è stato organizzato da Teva Italia per il quarto anno consecutivo, e ha toccato sia gli aspetti clinici che la politica sanitaria. Al BEMS, oltre ai medici, hanno partecipato rappresentanti delle istituzioni, società scientifiche e associazioni di pazienti.

Vediamo di capire meglio in che cosa consiste questa pato-



logia. La Sclerosi Multipla (SM) è una malattia del sistema nervoso centrale e rappresenta la causa più frequente di disabilità cronica da patologia neurologica nei giovani adulti. Si tratta di un processo infiammatorio ricorrente che provoca il dan-

neggiamento della mielina, la guaina protettiva che avvolge e isola le fibre nervose e che permette loro di condurre gli impulsi dalle diverse aree del sistema nervoso centrale e viceversa. Con il passare del tempo dove c'è il danno si determina nell'encefalo e nel midollo spinale la formazione di cicatrici diffuse, dette sclerosi. Il nome della malattia è legato alla presenza di queste cicatrici e alla loro diffusione (da cui deriva il termine multipla). Non si conoscono ancora le cause della SM. Si suppone che a una predisposizione genetica si sovrappongano fattori ambientali ancora non del tutto noti, che danno inizio al processo.

### I sintomi della patologia sono estremamente vari

Oggi si contano nel mondo 5-3 milioni di persone con SM, di cui 600mila in Europa e 72mila in Italia (con oltre 2mila nuovi casi ogni anno): si ammalano soprattutto le donne tra i 20

e i 40 anni, quasi il doppio rispetto agli uomini (63,8% contro 36,2% Fonte: Censis), nel momento della fase di vita più progettuale sia dal punto di vista personale, sia professionale. L'Italia è considerata un Paese ad alto 'rischio' di SM: la sua incidenza è pari al 6-8 nuovi casi per 100.000 abitanti per anno (fonte AISM).

La SM può colpire qualsiasi area del sistema nervoso centrale: di conseguenza i suoi sintomi sono estremamente vari. Si possono ad esempio verificare disturbi della sensibilità (formicolii, senso di intorpidimento agli arti, difficoltà a percepire il caldo e il freddo...), fatica e debolezza. È una malattia che incide pesantemente sulla qualità di vita dei pazienti, con conseguenze sull'attività lavorativa, sui rapporti familiari, sull'attività sessuale, sulla vita sociale.

La Professoressa Maria Trojano, Direttore del Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze ed Or-

### L'IMPATTO ECONOMICO DELLA SM

La SM ha un impatto importante anche sul sistema economico. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la SM una delle malattie socialmente più costose. Secondo l'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM), il costo medio annuo per paziente con SM è stimato tra 23mila euro per chi ha una disabilità lieve e 63mila euro per disabilità grave. Il costo sociale medio annuo per paziente è di circa 38mila euro; quello complessivo è stimato in oltre 2,7 miliardi di euro. I costi per la riabilitazione rappresentano il 26,7% dei costi sanitari: di questi una quota considerevole è dovuta al ricovero in ospedale per riabilitazione. Del resto, stiamo assistendo a un'enorme crescita della prevalenza delle malattie neurodegenerative. Si prevede che condizioni invalidanti provocate da sclerosi multipla, Alzheimer, Parkinson e Malattia di Huntington saliranno dal 30% al 50% entro il 2030. I disturbi neurodegenerativi colpiscono le persone di ogni età e sono in aumento in tutte le fasce d'età.

gani di Senso dell'Università degli Studi di Bari, sottolinea alcuni aspetti importanti nella lotta alla SM. Spiega: "Il numero di nuovi farmaci per il trattamento della SM è in costante incremento. Usualmente un farmaco, superati tutti i trials richiesti, entra in commercio e può venire somministrato ai pazienti che ne hanno bisogno. A questo punto, le persone che ne fanno uso sono naturalmente molte di più e anche più eterogenee rispetto a quelle che hanno partecipato ai trials. Pertanto è necessario attuare un attento monitoraggio della sua efficacia e sicurezza nel post-marketing".

E ancora: "Le sfide per il monitoraggio dei farmaci, una volta approvati, sono numerose. L'approccio tradizionale attraverso le segnalazioni spontanee, sebbene consenta l'individuazione di nuovi, rari e/o gravi eventi avversi, è risultato insufficiente. Un monitoraggio 'attivo' attraverso sistematici esami di laboratorio, valutazioni cliniche e controlli dello stato di malattia a livello subclinico mediante la Risonanza Magnetica, è indispensabile. Sono, inoltre, importanti quegli studi che, attraverso la raccolta e l'analisi di tutte queste informazioni legate all'uso di farmaci nel post-marketing, permettono di dare risposte a interrogativi che, altrimenti, sarebbero difficilmente chiariti. Si tratta degli studi 'osservazionali' che possono permettere di confrontare la reale efficacia dei diversi trattamenti

(indicare come orientarsi nella scelta di un trattamento), di individuare sottogruppi di pazienti con differente risposta ai diversi farmaci (cosiddetto approccio personalizzato), di indicare quale può essere il momento più appropriato per modificare una terapia e cosa si può fare se un paziente non risponde più a un determinato trattamento".

### **I Registri Nazionali raccolgono molte preziose informazioni**

Prosegue la Professoressa Trojano: "I risultati di questi studi sono di grande aiuto per gli specialisti clinici per ottimizzare la terapia di patologie complesse e croniche quali la Sclerosi Multipla. I Registri Nazionali di Sclerosi Multipla rappresentano una grande risorsa per condurre questo tipo di studi, in quanto, attraverso la condivisione standardizzata di dati provenienti dai numerosi Centri clinici dedicati alla cura di questi pazienti, permettono di poter disporre di una preziosa mole di informazioni".

E conclude: "La rete italiana dei Centri Sclerosi Multipla dispone di un registro da molti anni e i risultati finora ottenuti hanno contribuito sensibilmente a migliorare gli standard terapeutici di questa patologia. Una collaborazione crescente tra le Agenzie Regolatorie dei farmaci, Ricercatori e Aziende Farmaceutiche è auspicabile per promuovere e migliorare lo sviluppo di tale registro e studi osservazionali" ■

### **LA RIABILITAZIONE È ESSENZIALE**

**La riabilitazione nella SM è parte integrante di un percorso che ha come obiettivo finale il miglioramento della qualità di vita del paziente. Per contrastare al meglio la varietà di sintomi e di problemi che si presentano durante il decorso della malattia è necessario un approccio interdisciplinare che coinvolga varie figure professionali e diversi interventi riabilitativi: ad esempio, la fisioterapia, la terapia occupazionale, la logopedia, la riabilitazione dei disturbi cognitivi, il reinserimento sociale, il supporto psicologico.**

TERAPIE SEMPRE PIÙ EFFICACI,  
SICURE E SOSTENIBILI.  
UN CONGRESSO HA FATTO IL PUNTO  
SUI TRAGUARDI RAGGIUNTI.  
L'IMPORTANZA DELLA RACCOLTA  
DI DATI E DELLA CONDIVISIONE  
DELLE INFORMAZIONI OTTENUTE  
DAGLI STUDI OSSERVAZIONALI.

## La patologia.

L'ipertrofia benigna colpisce l'80% degli italiani sopra i 50 anni. Costi altissimi

## Segnali e disturbi ecco come scoprirla e combatterla

**L'**IPERTROFIA prostatica benigna (Ipb) o ingrossamento della prostata, colpisce circa l'80% degli italiani over 50 anni ed è quindi un problema sociosanitario enorme: oltre 40 mila interventi chirurgici l'anno, 14.854 ricoveri, 327,8 milioni di euro spesi per i farmaci e 74.834 giornate di assenza dal lavoro. L'ipertrofia prostatica aumenta per l'invecchiamento della popolazione maschile ed è ai primi posti per diagnosi effettuate ogni anno, seconda solo all'ipertensione arteriosa.

La crescita di questa ghiandola inizia dopo i 30-35 anni e prosegue fino agli 80, grazie allo stimolo degli ormoni androgeni e all'azione permissiva degli estrogeni. Oggi però, nella crescita dell'adenoma, altrettanta importanza viene data al ruolo delle infiammazioni del-

la ghiandola prostatica (prostati) che, come testimoniano numerosi studi, sarebbe presente in forma cronica addirittura nel 56-70% degli adenomi operati (diagnosi istologica) anche in assenza di sintomi.

Quando la prostata si ingrossa, ostacola e ostruisce il passaggio dell'urina con una scadente qualità di vita. In un primo momento i disturbi minzionali sono insignificanti in quanto il muscolo detrusore della vescica aumenta la propria capacità contrattile riuscendo a superare l'incremento delle resistenze periferiche dovute alla prostata (fase ipercinetica) e a svuotarsi completamente, sia pure con un flusso ridotto.

Successivamente però la vescica non riesce più a contrarsi in modo efficace e si instaura così la fase di scompenso a cui corrisponde la

comparsa di un residuo di urina dopo la minzione (fase ipocinetica).

I disturbi della minzione sono dapprima di tipo ostruttivo e successivamente di tipo irritativo; i primi sono caratterizzati da esitazione ad iniziare la minzione, specie al mattino, diminuzione del calibro e della forza del getto urinario, comparsa del gocciolamento dopo la minzione ed incapacità ad interrompere repentinamente la minzione. A questi, in un secondo momento, si sovrappongono i disturbi di tipo irritativo come minzioni notturne, aumento della frequenza, minzione imperiosa fino all'urgenza, sensazione di non aver urinato completamente ed incontinenza urinaria, fino alla ritenzione completa.

I farmaci attualmente in com-

### Il primo sintomo è l'andare spesso in bagno di notte

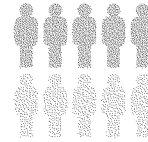
mercio per la cura dell'Ipb sono gli alfa-litici (Alfuzosina, Doxazosina, Tamsulosina, Terazosina e ultima Silodosina), il gruppo degli inibitori della 5alfa-reduttasi (dutasteride, finasteride), la Mepartricina e la Serenoa Repens, molto diffusa soprattutto al dosaggio di 320 mg e ultimo il Cialis, utilizzato nel deficit erettile ma anche nella ipertrofia prostatica. Questi, da soli o in associazione tra di loro, hanno dimostrato una efficacia superiore al 70%; in tutti gli altri casi bisogna ricorrere alla chirurgia.

(a. f. de rose)

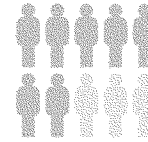
© RIPRODUZIONE RISERVATA

50% dei maschi

70%



50-60 ANNI



60-80 ANNI

## L'INTERVENTO CON LASER VERDE

### SCHEDA TECNICA

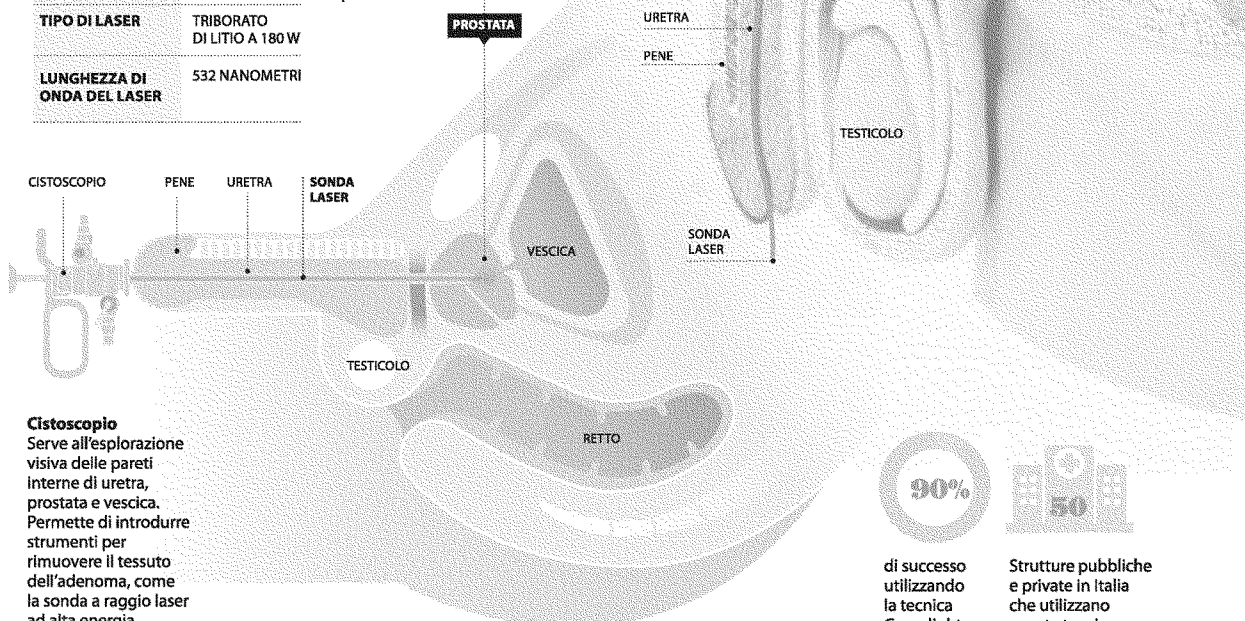
ANESTESIA	SPINALE
DEGENZA	1-2 GIORNI
TIPO DI ADENOMI	TUTTE LE DIMENSIONI
SANGUINAMENTO	ASSENTE
TIPO DI LASER	TRIBORATO DI LITIO A 180 W
LUNGHEZZA DI ONDA DEL LASER	532 NANOMETRI



**60 minuti**  
durata media,  
varia a seconda  
del volume  
prostatico

1 Il cistoscopio  
Viene inserito  
delicatamente  
attraverso l'uretra  
fino alla prostata.  
Grazie ad una  
telecamera e ad una  
fonte luminosa montate  
all'apice, permette  
di visualizzare tutta  
la procedura

2 Attraverso  
il cistoscopio si introduce  
la sonda laser fino alla  
prostata. Il laser Green  
è in grado di ridurre  
ed eliminare il tessuto  
prostatico in modo  
non invasivo



**Cistoscopio**  
Serve all'esplorazione  
visiva delle pareti  
interne di uretra,  
prostata e vescica.  
Permette di introdurre  
strumenti per  
rimuovere il tessuto  
dell'adenoma, come  
la sonda a raggio laser  
ad alta energia



di successo  
utilizzando  
la tecnica  
Greenlight



Strutture pubbliche  
e private in Italia  
che utilizzano  
questa tecnica

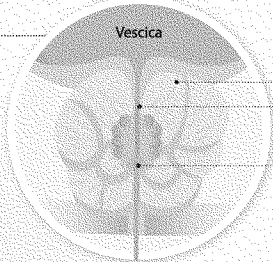
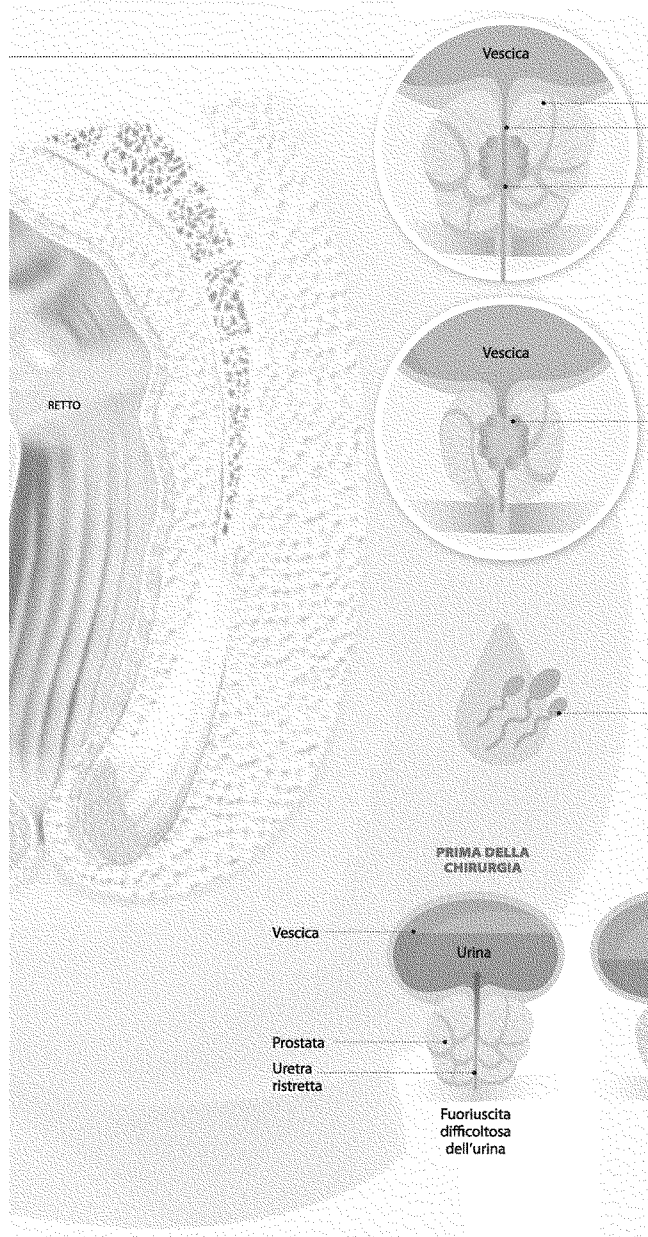
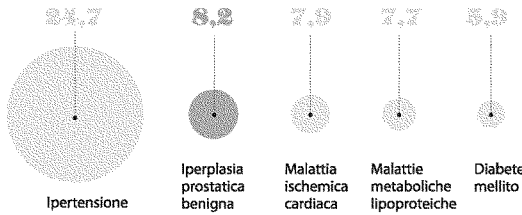
## EPIDEMIOLOGIA

Principali diagnosi nei maschi in Italia. Cifre in milioni di casi diagnosticati

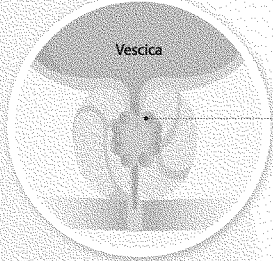
80%



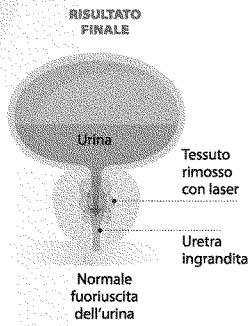
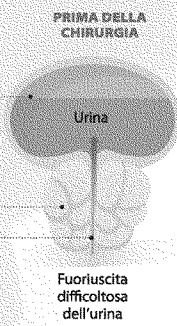
OVER 60



1 Il laser verde vaporizza l'adenoma prostatico millimetro per millimetro, con estrema precisione, trasformandolo in vapore



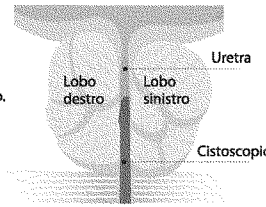
3 Dopo l'intervento il paziente mantiene un catetere per urinare da 24 a 48 ore. Subito dopo recupera la continenza urinaria e la potenza sessuale



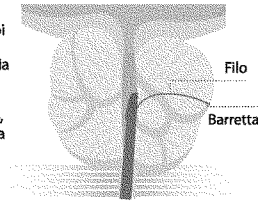
## LA TECNICA UROLIFT

Si esegue sotto sedazione semplice, richiede un giorno di ricovero

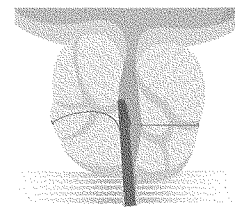
1 Attraverso il pene viene inserito un cistoscopio con dentro un ago cavo. Il cistoscopio consente di esplorare uretra e lobi prostatici



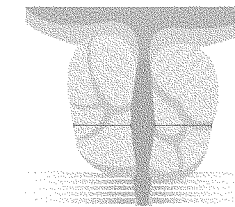
2 L'ago cavo perfora uno dei lobi prostatici fino alla capsula dove rilascia una barretta di ancoraggio sottesa da un filo metallico, poi un'altra barretta in corrispondenza della uretra



3 L'operazione viene ripetuta nell'altro lobo prostatico per allargare il canale uretrale



4 Il risultato finale: i lobi risultano retratti lateralmente, allargando l'uretra e facilitando la fuoriuscita dell'urina



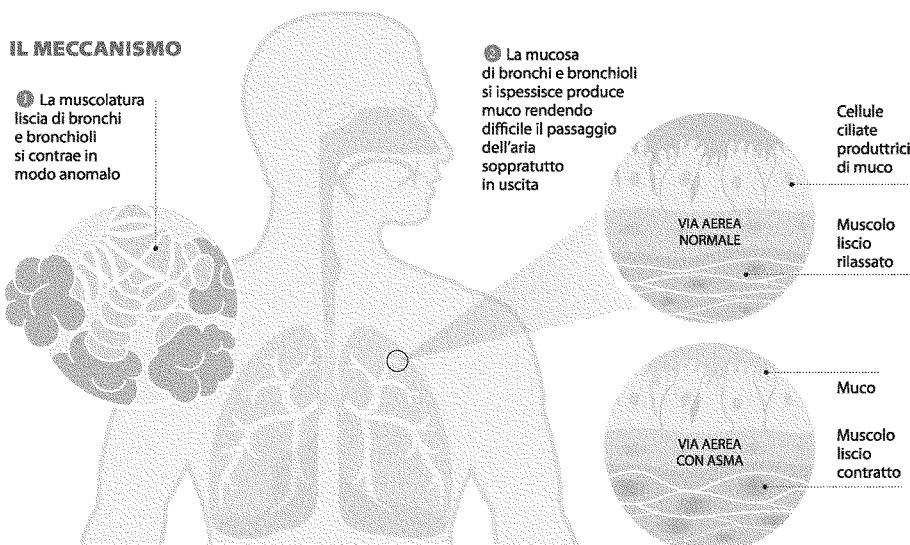
FONTE: RSALUTE / TEGEA / AURO

**Lo studio.** I piccoli che hanno un vissuto di avversità, come la perdita di un genitore o anche la separazione, si ammalano fino al 70% in più degli altri

**IL MECCANISMO**

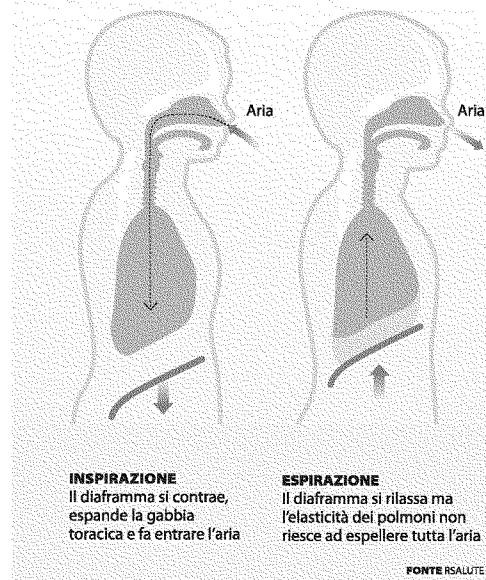
● La muscolatura liscia di bronchi e bronchioli si contrae in modo anomalo

● La mucosa di bronchi e bronchioli si ispessisce produce muco rendendo difficile il passaggio dell'aria soprattutto in uscita



**LA RESPIRAZIONE**

Il paziente asmatico ha difficoltà a far uscire l'aria che ha fatto entrare nei polmoni



# Così l'asma cattura i bimbi

FRANCESCO BOTTACCIOLI\*

**S**ECONDO un'ampia ricerca, condotta da un gruppo di pediatri della Brown University a Providence, c'è una relazione stretta tra avversità nell'infanzia e rischio d'asma. Utilizzando i dati del National Survey of Children's Health, uno studio nazionale sulla salute dei bambini che ha coinvolto genitori e tutori di oltre 90.000 giovani tra 0 e 17 anni, i ricercatori hanno trovato una correlazione crescente tra il numero delle avversità registrate nell'infanzia e l'incidenza dell'asma. Il lavoro, pubblicato online su *Asthma & Immunology*, mostra come, passando da una a quattro avversità, la prevalenza dell'asma aumenti fino ad un incremento di oltre il 70% rispetto ai bambini che hanno vissuto un'infanzia più serena.

Con avversità si intende la perdita di un genitore per morte, suicidio o separazione, un genitore in prigione, con gravi problemi di salute mentale o dedito a droga ed alcol. Con una sola avversità, lo studio ha registrato un incremento dell'asma del 28%, che diventa oltre il 50% con 3 avversità e arriva al 73% con quattro (per esempio: vivere con un genitore separato, con problemi di salute mentale, dedito all'alcol e con problemi con la giustizia).

Dai 150 ai 300 milioni di bambini e adulti soffrono di asma a livello mondiale. Negli Usa 7 milioni di bambini (il 9,5% del totale) devono fare i conti con una patologia che spesso richiede ricoveri in emergenza. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità la malattia in Europa sarebbe raddoppiata in un decennio. In Italia si stima siano 9 milioni le persone con allergie respiratorie, l'asma fa la parte del leone.

I fattori alla base di questa patologia possono essere numerosi, ma i meccanismi sembrano sempre gli stessi: si crea un'inflammatione delle vie aeree sostenuta da uno squilibrio

del sistema immunitario con un eccesso di citochine infiammatorie come IL-4, IL-5, IL-13. Le cellule immunitarie coinvolte sono i linfociti del gruppo TH2, le cellule mastoidi, gli eosinofili: cellule ad alto potere infiammatorio che causano i segni tipici della malattia (ostruzione delle vie aeree, senso di soffocamento, eccesso di muco).

Già nel 2012, un gruppo di epidemiologi dell'università di Verona, su *Pediatric Allergy and Immunology*, ha documentato che bambini nati da madri che hanno sperimentato eventi stressanti in gravidanza, come un lutto, un divorzio, la perdita del lavoro, hanno un incremento di asma statisticamente significativo, oltre che di altre malattie allergiche. Un lavoro successivo svedese su *Pediatrics* ha dimostrato una relazione tra il livello di cortisolo in gravidanza e quello dei bambini alla nascita e nell'infanzia. Il cortisolo è il principale ormone dello stress. L'eccesso degli ormoni dello stress, che includono anche adrenalina e noradrenalina, va ad alterare l'attività del sistema immunitario in senso allergico (TH2). Il cortisolo, inoltre, può essere esaminato dal capello (vedi accanto).

\*Dir. master Psiconeuroendocrinologia univ, L'Aquila

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Nel capello**

Fino a qualche anno fa i livelli di cortisolo si misuravano nel plasma e nelle urine. Poi nella saliva. Anche nel capello, già usato per rintracciare droghe, è possibile individuare anche il cortisolo. Nel 2012 su

*Endocrinology*, a firma di Jerrold Meyer e Melinda Novak dell'università del Massachusetts, è stata pubblicata la prima review che ha documentato che i livelli di cortisolo del capello correlano con quelli presenti nel sangue o nella saliva. Inoltre nei capelli è possibile anche leggere la storia del nostro carico di stress negli ultimi mesi. Poiché i capelli crescono 1 cm al mese, per esempio

in tre centimetri di capello troviamo la misura del cortisolo degli ultimi tre mesi. Il capello è una sonda affidabile del livello di cortisolo circolante perché dal sangue il cortisolo passa nelle cellule follicolari che generano il capello e lì s'accumula. Uno strumento affidabile e rivoluzionario, con un'unica limitazione: non si applica ai calvi. (f. b.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI



**Semeiotica**  
Disciplina medica che insegna come individuare i sintomi nel malato



**Sintomi**  
I segnali che qualcosa nel corpo non va che può cogliere solo il paziente, solo il medico o ambedue.



**Anamnesi**  
L'indagine sulla vita del malato sino alla visita. Ben fatta, coglie sintomi sfuggiti al paziente stesso



**Visita**  
Ricerca dei sintomi espressi dal corpo. Se ben fatta tutta l'indagine, con pochi esami si ha la diagnosi

**Diagnostica.** Molte le analogie tra il ragionamento clinico e i metodi investigativi della letteratura gialla. E le qualità del detective ideale, osservazione, deduzione e conoscenza (Conan Doyle), dovrebbero ispirare il lavoro di ogni sanitario

## Se il medico indaga come Sherlock Holmes

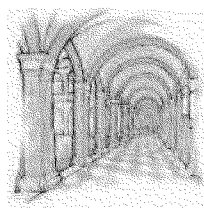
CLAUDIORAPEZZI\*

**I**N UN'EPOCA della medicina caratterizzata dal ricorso sempre più "routinario" alle tecnologie diagnostiche, il ragionamento medico appare in crisi. Il rischio, oltre che di spendere una quantità eccessiva di denaro pubblico e privato, è di rendere approssimativo l'iter diagnostico del paziente coi relativi danni umani. Una breve riflessione sulle analogie fra il ragionamento diagnostico in medicina e i metodi investigativi della letteratura "gialla" potrebbe contribuire alla "causa" del metodo clinico, e quindi a migliorare la prestazione sanitaria. E la salute di tutti.

Le analogie fra metodo clinico e scienza dell'investigazione, fra grandi clinici e grandi detective, nonché i richiami incrociati fra medico e detective, fra crimine e malattia sono abbondantemente presenti nella letteratura, nel cinema e nella televisione. Sia il medico sia il detective hanno, come finalità principale del loro agire, l'identificazione del colpevole di una situazione abnorme e pericolosa (la diagnosi della malattia da un lato, l'identificazione dell'assassino dall'altro). Per arrivare a ciò, entrambi debbono, inoltre, reperire, archiviare e "gestire" una notevole quantità di informazioni sia tecnico-scientifiche, sia di cultura generale.

Il periodo storico e la classe sociale di riferimento dei due ambiti coincidono. Il poliziesco vive il suo momento di grande splendore nella seconda metà del XIX secolo, nel clima di fiducia nelle illimitate possibilità della scienza. Nello stesso periodo, la medicina registra l'affermarsi del più classico dei paradigmi indiziari, quello imperniato sulla semeiotica medica, la disciplina che consente di diagnosticare le malattie "interne" e quindi inaccessibili all'osservazione diretta, attraverso la valorizzazione di "segni" che, insignificanti agli occhi del profano, possono essere decifrati soltanto dall'esperto e lo conducono alla diagnosi finale.

Ma medicina e romanzo poliziesco sono collegati anche da rapporti strettamente letterari nonché da uno scambio (letterario) di ruoli. La storia della letteratura poliziesca è ricca di figure di medici: medici che



### Il festival

Questo articolo è la sintesi di una delle relazioni al Festival della Scienza Medica che si è svolto a Bologna, dal 7 al 10 maggio

indagano in prima persona, che affiancano i detective professionisti come esperti (in genere anatomo-patologi), medici assassini e medici vittime. Per non parlare dell'ampio bagaglio tecnico medico-scientifico a cui gli autori classici del poliziesco hanno spesso attinto per escogitare soluzioni raffinate per delitti sempre più sofisticati.

Per usare le parole che Sir Arthur Conan Doyle fa pronunciare a Sherlock Holmes ne *Il Segno dei Quattro*: «Tre sono le qualità necessarie al detective ideale, capacità di osservazione, deduzione e conoscenza». Questa affermazione è, di fatto, il manifesto ideologico di tutta la letteratura poliziesca, a forte matrice anglosassone, che si sviluppa fra la fine dell'Ottocento e i primi del Novecento, impersonata dai detective classici dell'epoca aurea del "giallo": Auguste Dupin, Sherlock Holmes, Miss Marple, Hercule Poirot. Se queste tre caratteristiche continuano a rappresentare i pilastri fondamentali del ragionamento investigativo, emerge progressivamente nella letteratura poliziesca del Novecento l'importanza di altre due qualità: la capacità di ricostruzione psicologica e ambientale della vittima (teorizzata sia dal *Maigret* di Simenon sia da *Padre Brown* di Chesterton) e la capacità di percepire le incongruenze all'interno della scena del crimine (è il caso tipicamente del *Tenente Colombo* di Levinson & Link).

Come nel caso dell'investigatore, anche in quello del clinico "ideale" si realizza, o si dovrebbe realizzare, una fusione armonica fra tutti i modelli investigativi delineati in precedenza. Questa evenienza è però decisamente rara. I modelli proposti recentemente dal cinema e dalla fiction televisiva non sono necessariamente positivi. Il caso più emblematico è quello del *Dr. House*. Se da un lato lo schema mentale adottato per arrivare alla diagnosi è molto simile a quello di Sherlock Holmes, basato sulla valorizzazione di segni fisici "patognomonic" e sul ragionamento abduittivo, il modello clinico proposto è quello di un medico che preferisce occuparsi soltanto dei casi più rari e difficili, mentre gli altri pazienti sono per lui fondamentalmente una perdita di tempo.

\*Direttore UO Cardiologia,  
Policlinico Sant'Orsola,  
Università degli Studi di Bologna

FAR  
MA  
CI

## Psoriasi

È una proteina "messenger" del sistema immunitario il bersaglio centrato oggi dalla terapia della psoriasi.

L'interleuchina-17 (IL-17), scoperta nel 1993, si è rivelata subito una chiave per capire la psoriasi: come si scatena, in forme differenti e gravità diversa e come si alimenta nel tempo. Nella psoriasi l'attività di IL-17 è alterata, tanto che la concentrazione di IL-17 nella cute segnala il grado di severità della malattia. Da qui prende le mosse il circolo vizioso: l'IL-17 in eccesso invia messaggi che accelerano la crescita di cellule cutanee; queste si ammassano senza regole sulla superficie della cute, a dare ispessimento e placche. L'eccesso di IL-17 induce infiammazione, prurito e arrossamento; che, a loro volta, attivano ancor più le difese immunitarie, con

ulteriore produzione di IL-17. E il cerchio si chiude. Fermare la IL-17 fuori controllo è l'obiettivo centrato da secukinumab, l'ultima cura biologica della psoriasi approvata dall'Agenzia europea del farmaco (EMA). A questo anticorpo monoclonale (uscito dalla ricerca Novartis) è stato dato il via libera come trattamento di prima linea nella psoriasi a placche moderata-severa. Negli studi clinici, secukinumab ha risolto in 16 settimane fino al 100% delle lesioni nel 70% dei pazienti trattati. Nel controllo, durato due anni, anche la tollerabilità è risultata ottima. E i pazienti hanno precisato che la scomparsa di placche, arrossamenti e prurito ha migliorato in modo significativo anche un aspetto cruciale della psoriasi: la qualità della vita.

(c. ranza)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PER  
SAPE  
RNE  
DI PIÙ

## Epoi House

A House piacciono i casi complicati e rari, la sfida della diagnosi. Molto meno i pazienti, che chiedono invece una cura e verso i quali non nasconde la sua antipatia. È il prototipo del contrario di tutto quello che il medico, attento ai bisogni del paziente e rispettoso del "consenso informato", è tenuto a fare. Eppure è piaciuto molto agli spettatori. Esorcizza l'esperienza diretta della malattia e del medico. Ma forse anche per quella sua debolezza, per la sofferenza nascosta, controllata al prezzo di una farmaco-dipendenza e relativa ambiguità del suo rapporto con la cura. Un tema di grande presa teatrale: la doppia faccia del "pharmacon", cura e veleno, problema e soluzione. House è tossicodipendente e quando cerca di disintossicarsi capisce che la dipendenza dal farmaco lo fa ragionare meglio, e decide di rimanere un drogato. Genio clinico-chirurgico e sregolatezza interiore come John Tackery, protagonista di "The Knick", ispirato al medico-chirurgo William Halstead, tanto geniale quanto

cocainomane. C'è anche quello della sperimentazione su sé stessi come prezioso, all'inizio del '900, metodo di conoscenza. L'auto-sperimentazione soprattutto dei primi psicofarmaci di sintesi ha visto protagonisti famosi, come Sigmund Freud, dipendente dalla cocaina dal 1884 al 1896. In realtà, si accorse presto che dava dipendenza, quando la consigliò a un caro amico per superare quella da morfina. L'amico sviluppò una dipendenza più grave dalla cocaina, morendo, e lasciando Freud con un pesante senso di colpa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*L'hanno scoperto gli scienziati americani facendo alcuni esperimenti sui topi adulti*

## Le cellule del cuore si rigenerano

### *Una speranza in più per chi è stato colpito da infarto*

DI ETTORE BIANCHI

**L**e cellule del cuore, dopo un episodio di infarto, possono essere rigenerate. A questa conclusione sono arrivati i ricercatori dell'università americana della Pennsylvania eseguendo esperimenti sui topi. In concreto, è stato loro iniettato un prodotto che sblocca momentaneamente la proliferazione delle cellule muscolari cardiache.

La scoperta ha sorpreso gli addetti ai lavori, perché comunemente si riteneva che le cellule del cuore non si rinnovassero dopo la nascita dell'individuo. Qualche dubbio si era comunque insinuato sei anni fa, quando un gruppo di scienziati svedesi dimostrò che ciò può accadere all'uomo nell'1% dei casi ogni anno. Un'eccezione, dunque, che però aveva scardinato quella che era considerata una certezza tra i cardiologi.

Le novità sono proseguite poco dopo grazie alla scoperta, da parte degli americani, che nel cuore dei topi che abbiano meno di sette giorni di vita il cuore è in grado di rigenerarsi dopo una parziale amputazione. Al tempo stesso, l'individuazione del meccanismo che impedisce la proliferazione delle cellule muscolari nell'adulto, utile con ogni probabilità alla conservazione di una forma costante del cuore, ha portato gli esperti a cercare il modo di bloccare tale attivazione per un certo periodo.

Per raggiungere l'obiettivo si è fatto ricorso a due piccole molecole chiamate micro Rna (sigla che sta per acido resosiribonoleico): esse riescono a inibire due elementi chiave all'interno della cellula. La volontà dei ricercatori era quella di riuscire a rilanciare la moltiplicazione delle cellule muscolari del cuore che abbia subito una lesione nel topo adulto. Così, dopo aver

provocato un infarto del miocardio, sono state iniettate a più riprese nel sangue dei topi le micro Rna. Dopo due mesi si è registrato un buon recupero del cuore: il rilascio di sangue è migliorato, il tessuto cicatrizzato era in diminuzione, le vene erano in quantità superiore intorno alla parte lesa rispetto agli altri topi. Per la prima volta, quindi, è stata ottenuta una rigenerazione del tessuto muscolare cardiaco in un mammifero adulto. Un risultato di tutto rispetto.

Gli scienziati della Pennsylvania, che hanno pubblicato le loro conclusioni sulla rivista *Science Translational Medicine*, hanno evidenziato che la procedura non ha determinato effetti collaterali su altri organi. Secondo **Jean-Sébastien Silvestre**, direttore della ricerca al centro cardiovascolare dell'ospedale Georges-Pompidou di Parigi, questa strategia innovativa sembra raggiungere il Grail della terapia, che consiste nel rigenerare il cuore ex novo. Essa risulterebbe meno invasiva rispetto alla chirurgia e al trapianto di cuore praticati oggi e sarebbe vantaggiosa anche rispetto al trapianto di cellule staminali al quale si sta lavorando. Costruire micro Rna sarebbe più accessibile e meno costoso e risulterebbe utile anche come terapia complementare per curare i pazienti dopo un infarto.

Ma lo studio sui topi, pur essendo incoraggiante, non è certo definitivo. Bisognerà avviare la sperimentazione sull'essere umano perché, nota ancora Silvestre, la capacità di rigenerarsi di un cuore rovinato da anni di tabacco o di diabete non è probabilmente la stessa di un cuore nei topi sani. Prima ancora, però, a finire sotto la lente della scienza saranno animali più grandi dei topi come i maiali.