



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Castellammare di Stabia I sindacati: "Inconcepibile che si continui a vivere questa situazione di grave emergenza"

Anestesisti assenti, sospesi gli interventi

Carenza di personale al San Leonardo, garantite solo le operazioni chirurgiche di urgenza

CASTELLAMMARE DI STABIA (ae) - Non ci sono medici anestesisti rianimatori, gli interventi chirurgici "di elezione" all'ospedale San Leonardo sono sospesi. Da oggi in poi (fino a nuove disposizioni) saranno garantiti soltanto gli interventi di urgenza: questo almeno è quanto emerge dalla nota firmata dalla direzione generale della struttura ospedaliera del viale Europa. Ma non è tutto. Sempre a causa dell'emergenza personale, alcuni turni saranno assicurati da sole due unità mediche e non tre come indispensabile, per cui potranno verificarsi disservizi o ritardi nell'assistenza. Nella nota ufficiale,

insomma, l'azienda sottolinea come la mancanza di medici nel reparto di Chirurgia (che va ad aggiungersi ai problemi del pronto soccorso) impedisca la gestione delle risorse umane in ambito aziendale. E, dunque, la possibilità di "mettere pezzo" all'assenza di personale. Pertanto, "anche in attesa di organizzare un nuovo modello operativo, al fine di ottimizzare le risorse in dotazione", sono stati sospesi gli interventi chirurgici con decorrenza immediata, seppure in via temporanea. La decisione rischia però di creare nuove polemiche nell'area stabiense. Torno sul piede di guerra infatti i cittadini, che chiedono

garanzie sul futuro della struttura sanitaria. "Giù le mani dall'ospedale - affermano i rappresentanti di un'associazione civica - Stiamo assistendo ad un inesorabile ridimensionamento della sanità in tutti i comuni dell'area stabiense. A Castellammare - continuano - così come a Gragnano e negli altri comuni del comprensorio, è in atto da tempo una smobilitazione dei servizi offerti dalle strutture sanitarie. E questo, nonostante i numerosi appelli rivolti alle istituzioni e agli organi competenti". Anche i sindacati chiedono all'azienda un incontro per fare il punto della situazione.

"E' inconcepibile - affermano Antonio Cascone e Michele Costagliola, rappresentanti di Fsi e Nursing Up - che oggi si continui a vivere una situazione di grave emergenza senza alcun confronto con sindacati e cittadinanza". E nuove polemiche sorgono anche sul mancato funzionamento del servizio di Emodinamica. Il gruppo politico di opposizione Pirma Stabia evidenzia i ritardi nell'attivazione di un servizio la cui introduzione al San Leonardo era stata approvata a settembre 2016. Soltanto nove mesi dopo, a maggio 2017, fu firmato ed approvato il progetto tecnico da parte dei tecnici dell'ospedale per l'arrivo dell'emodinamica, ma ad oggi non si hanno più notizie in merito a questo strumento diagnostico. *"Qual è la reale situazione per la sanità pubblica nell'ospedale San Leonardo? - si chiedono i consiglieri Gaetano Cimmino e Vincenzo Ungaro - E quali sono i motivi per cui si è persa ogni traccia dell'arrivo dell'emodinamica? Il sindaco e l'assessore al ramo relazionino in merito ai rapporti tra Asl Na3 Sud e Comune di Castellammare di Stabia, considerando che nessun rappresentante dell'Asl si presentò in consiglio comunale".*



SI CHIAMA 3D-CBS

La macchina «scova tumori» ultra veloce che taglia i costi

*Lo scienziato Crosetto e il cardiocirurgo pavese Vigna
lottano da anni per la trasparenza nella scienza*

Pierluigi Bonora

■ Si chiama 3D-CBS ed è una tecnologia innovativa, ovviamente brevettata a livello internazionale, che ha dato origine a un'apparecchiatura finalizzata alla diagnosi precocissima di patologie tumorali e degenerative. In pratica, si tratta di una Pet/Tac avanzata e tridimensionale (da qui il nome 3D-CBS) che, oltre alla possibilità di scoprire per tempo quelle che potrebbero diventare gravi patologie, trattiene il paziente per l'esame solo 4 minuti rispetto ai 30/90 minuti tradizionali.

Oltre alla rapidità di esecuzione, la nuova apparecchiatura fa risparmiare denaro al Servizio sanitario (l'esame costa tra i 300 e i 400 dollari, contro i 2.000/4.000 della Pet/Tac attuale) e, soprattutto, sottopone il paziente a una dose di radiazioni infinitesimale: 1-1,6 mrem da 1100-1600 attuali.

«Per non parlare dell'efficienza - spiega Vincenzo Vigna, cardiocirurgo pavese, che con lo scienziato inventore italo-americano Dario Crosetto collabora da lustri -: le Pet/Tac attuali catturano un fotone ogni 10.000 e permettono di visualizzare solo tumori già formati e in stadio avanzato; la nostra apparecchiatura, catturando un fotone ogni 25, è invece capace di misurare il minimo metabolismo anomalo, fornendo in questo modo al medico informazioni quantitative precise allo scopo di consentire una diagnosi precocissima. Nel caso della Pet/Tac, invece, il

medico dovrebbe interpretare il metabolismo anomalo dall'annerimento di uno spot sul monitor, cioè un'assurdità».

Con il 3D-CBS si ottengono, di fatto, tutte le informazioni essenziali che si acquisiscono dal conteggio di tutti i segnali catturabili dai marcatori tumorali. «C'è un abbattimento dei costi sui capitoli relativi alla sanità di oltre il 50% - ricorda Vigna - mentre si arriva a uno screening annuale a favore di un maggior numero di persone».

L'accordo tra Vigna e Crosetto prevede che il primo si occupi di tutti gli aspetti medici e della ricerca di partner finanziatori dell'iniziativa (esistono già prototipi/dimostratori dell'apparecchiatura), mentre l'impegno dello scienziato italo-americano, originario di Monasterolo di Savigliano (Cuneo), riguarda gli aspetti tecnico scientifici del progetto, incluse le pubblicazioni scientifiche e divulgative. «Salvare milioni di persone con un considerevole risparmio grazie alla diagnosi precocissima si può - sottolinea il ricercatore Crosetto -: il 3D-CBS cattura, infatti, il massimo numero di segnali validi dai marcatori tumorali al minimo costo per segnale valido intercettato rispetto agli approcci tecnologici utilizzati nelle altre apparecchiature. Il 3D-CBS crea il primo vero cambiamento paradigmatico nella diagnosi biomedica perché offre, contemporaneamente, i tre benefici: sensibilità ultra-elevata, solo l'1% della dose di radiazione per il pazien-

te, spesa per esame abbattuta».

Il dottor Vigna, soprattutto per rappresentare le richieste documentate di tanti pazienti e familiari, è già in contatto con la professoressa Fabiola Gianotti, direttrice del Cern, il più grande laboratorio al mondo di fisica delle particelle che ha sede a Ginevra, per un'ulteriore valutazione dell'apparecchiatura. «Da parte nostra - precisa Vigna - siamo disposti a regalare la tecnologia a tutti gli istituti, fondazioni, consorzi pubblici che hanno il compito di essere al servizio dei cittadini». Quello che occorre è un finanziamento di 20-50 milioni per costruire una serie di prototipi e avviare la produzione di serie dell'apparecchiatura con l'esclusiva mondiale. La macchina diagnostica ideata da Crosetto ha trovato riscontri positivi nelle affermazioni di luminari, come Aris Zonta, autore del primo autotrapianto di fegato al mondo eseguito al Policlinico San Matteo di Pavia («...questo progetto dev'essere finanziato, segnerà una svolta epocale nella diagnosi precoce del cancro...»). In tanti sostengono che Crosetto sia l'Ignaz Semmelweiss del nostro tempo, il medico tedesco-ungherese che nel 1845 fu tra i pionieri dell'ampio uso delle procedure antisettiche prima del parto. Semmelweiss fu ostracizzato e infine rinchiuso in manicomio per aver difeso le sue tesi scientifiche, confermate da Pasteur successivamente. Analogamente, Crosetto ha visto la sua invenzione «boicottata e soppressa - afferma - a danno dei malati e dei contribuenti».

ALLARME DELLE OSTETRICHE

I tagli alla sanità fanno calare anche le nascite

Sale parto chiuse, colpito il welfare prenatale. E ora 500 milioni in meno

di **ALESSIA PEDRIELLI**

■ Senza soldi non si nasce: poco personale, sale parto che chiudono i battenti e assistenza che non viene più garantita. I dati Istat parlano di 100.000 bambini in meno venuti alla

luce negli ultimi 8 anni e con i tagli alla sanità che colpiscono anche il settore del welfare prenatale, l'Italia rischia di precipitare ancora più in basso. A lanciare l'allarme sono le ostetriche, con un appello al governo: «I tagli di 500 milioni previsti danneggerebbero ulteriormente il settore sanitario e l'assistenza in ambito materno infantile, accelerando il trend di denatalità».

a pagina 13

I tagli alla sanità fanno diminuire le nascite

1500 milioni di euro sottratti dal governo al settore sanitario accelereranno il trend di denatalità. A lanciare l'allarme sono le ostetriche: in un Paese che in 8 anni ha perso 100.000 bambini, l'unica risposta sembra essere la chiusura delle sale parto

I centri per partorire lasciano il posto alle strutture dedicate all'aborto

A Pavullo una madre ha perso il figlio dopo 40 chilometri in ambulanza

di **ALESSIA PEDRIELLI**

■ Senza soldi non si nasce. Poco personale, sale parto che chiudono i battenti e assistenza che non viene più garantita. Altro che fertility day. Gli ultimi dati Istat parlano di 100.000 bambini in meno venuti alla luce negli ultimi 8 anni e con i tagli alla sanità che colpiscono anche il settore del welfare prenatale, l'Italia rischia di precipitare ancora più in basso.

A collegare direttamente i tagli al problema della denatalità sono le ostetriche che, sull'onda degli scioperi nazionali lanciano un appello disperato al governo: «I tagli previsti danneggerebbero ulteriormente il settore sanitario e l'assistenza in ambito materno infantile, accelerando il trend di denatalità, anziché contrastarlo», scrivono a chiare lettere. «I 500 milioni di euro in meno al Fondo sanità significherebbero la precarizzazione del settore sanitario che avrebbe invece bisogno di investimenti importanti». A rischio «c'è la tenuta del sistema di assistenza sanitaria nazionale, poiché non si garantisce la corretta pro-

mozione della salute e l'appropriatezza della presa in carico dei cittadini».

Le prime sono state le sale parto dei piccoli ospedali, chiuse, da Nord a Sud, una dopo l'altra con il pretesto della sicurezza. Nel 2010 l'allora ministro della sanità **Ferruccio Fazio** mise i sigilli al piano nazionale per la riorganizzazione dei reparti ospedalieri con un accordo Stato-Regioni che prevedeva una soglia di 500 parti all'anno per i punti nascita.

Il minimo, secondo il ministero, per garantire che medici, ginecologi e ostetriche siano in grado di fare il proprio mestiere. Da allora ad oggi, le Regioni si sono adeguate chiudendo la maggior parte dei centri di assistenza al parto dei territori più disagiati: montagna, periferie, isole. Tutti posti dove i nascituri non erano più di un paio a settimana. Sono spariti a decine da Nord a sud. Solo in Emilia Romagna, una delle ultime realtà ad adeguarsi alla legge, il mese scorso tre punti nascita sono stati soppressi: quello di Pavullo nel Frignano che serviva l'area dell'Appennino modenese, sostituito (per beffa) da una sala attrezzata per gli aborti, quello di Castelnuovo Monti per la zona montana di Reggio Emilia e quello di Borgotaro, riferimento per il comprensorio del Parmense. Nei mesi scorsi, sempre tra le proteste dei residenti e delle aspiranti mamme, era stato chiuso il punto nascite di Casarsano nel Lecce, quello di Cavalese, in piena Val di Fiemme, quello di Osimo nell'Anconetano dove il Comune ha tentato di resistere inutilmente in tribunale, quello di Palmanova, in Friuli. E gli effetti non si sono fatti attendere.

A Pavullo, pochi giorni dopo la chiusura della sala parto, una mamma di 35 anni ha perso il suo bambino a causa di una complicazione. La donna si è sentita male all'improvviso, è stata soccorsa e trasportata d'urgenza all'ospedale di Sassuolo, a più di 40 minuti di distanza. Il bambino è morto a un'ora dal parto. In compenso, sempre nel paesino, la chiusura del punto nascita ha liberato risorse che l'Azienda sanitaria locale ha pensato bene di impiegare per rimettere in funzione il servi-

zio per le interruzioni di gravidanza. Fermo dal 2014 per l'obiezione di coscienza dei medici ora garantisce due turni di aborto chirurgico al mese. Situazione simile anche a Gangi in provincia di Palermo: il centro nascite è stato soppresso e, poco tempo dopo, una mamma ha partorito in ambulanza mentre il mezzo cercava di raggiungere il presidio più vicino che si trova ad 85 chilometri di distanza.

Sempre in tema di chiusure, di vecchia data è quella del punto nascite di Lampedusa (due settimane fa era stata annunciata la riapertura) dove a nascere sono stati solo i figli delle richiedenti asilo appena sbarcate, mentre le mamme del posto sono costrette a emigrare a Palermo. Tra le strutture che il ministero voleva sopprimere c'era anche il punto nascita dell'isola della Mad-

dalena, distante dalla Sardegna un'ora e mezza di mare e salvata soltanto da un intervento in extremis della Regione. Chiusi i presidi del territorio, ora potrebbe toccare alle ostetriche.

«Un taglio di fondi così drastico metterebbe di certo a rischio la presa in carico e la tutela della salute delle donne a livello regionale», con una «ricaduta in termini di costi sociali e sanitari non indifferenti», spiega **Maria Vicario**, presidente della Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche, che ha sottoscritto le richieste anti tagli presentate in Commissione salute delle Regioni. «Come referente della Federazione, che rappresenta le 22.000 professioniste ostetriche che lavorano in Italia, non posso che auspicare un ritorno sui propri passi da parte del governo relativamente agli

emendamenti, già scartati in Senato e ripresentati alla Camera». In particolare a preoccupare sono le ricadute che i tagli ai fondi potrebbero avere sul personale, già sotto organico in tutti i nosocomi italiani: «Sarebbe decisivo accogliere il rilievo fatto in merito ai nuovi strumenti di programmazione per le assunzioni di personale», conferma la Federazione. «L'attuale vincolo del 1,4% (il parametro che costringe il settore a rimanere per l'1,4% al di sotto della spesa del 2004) è ormai anacronistico», conclude **Vicario**, mentre una «migliore gestione del turn over» e una «maggior presenza delle ostetriche sul territorio significherebbe poter garantire un servizio di prevenzione, presa in carico e tutela della salute delle donne e quindi di tutta la comunità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CROLLO DEMOGRAFICO ITALIANO

NATALITÀ E FECONDITÀ **-2,4%**



1,34

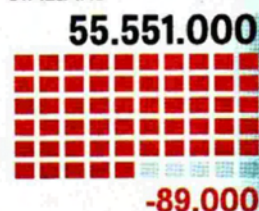
il numero medio di figli per donna nel 2016

POPOLAZIONE



Fonte: Istat

ITALIANI



STRANIERI



100.000
bambini in meno negli ultimi 8 anni

LaVerità

Odontoiatria pediatrica, nuovo centro per bimbi disabili alla Federico II

L'inaugurazione

Il laboratorio realizzato con i fondi raccolti dal cardinale all'ultima asta di beneficenza

In Campania, almeno il 50% dei bambini al di sotto dei 12 anni è affetto da patologie orali ed il quadro è ancora più preoccupante per i bambini diversamente abili o con patologie sistemiche gravi e gravissime che, per ovvi motivi, presentano indici di patologie orali che sfiorano il 100%, a causa delle evidenti difficoltà ad espletare sia manovre igienico-preventive sia percorsi diagnostico-terapeutici. Per rispondere ai bisogni di questi pazienti e delle loro famiglie nasce il centro di odontoiatria pediatrica in sedazione che sarà inaugurato, alla presenza del cardinale Crescenzo Sepe, oggi alle ore 9.30 presso il Policlinico Federico II (Ed. 14, II piano). La realizzazione del re-

parto, che nasce nell'ambito dell'odontoiatria pediatrica diretta da Aniello Ingenito, è stata promossa da Sepe grazie ai fondi raccolti durante l'asta di beneficenza dello scorso Natale e agli incassi provenienti dalla vendita dei biglietti per assistere alla trasmissione Rai "Made in Sud". «Siamo grati a Sepe per il supporto offertoci per la realizzazione del Centro che consentirà di rispondere alle problematiche patologiche di pazienti così fragili e fortemente sofferenti e di essere più vicini ai bisogni delle loro famiglie», sottolinea Vincenzo Viggiani, direttore generale dell'azienda ospedaliera universitaria Federico II.

Il centro è dotato di tutti gli arredi per la degenza dei bambini e dei loro familiari e delle apparecchiature elettromedicale più avanzate ed idonee a gestire le cure orali dei bambini diversamente abili e/o affetti da gravi patologie sistemiche che risultano molto complesse, tenuto conto dell'elevato grado di rischio e della mancanza di collaborazione da parte

dei giovani pazienti. «Il Centro permetterà di operare in sedazione sia inalatoria che farmacologica, con l'assistenza degli anestesisti, e di eseguire tutte le possibili procedure odontoiatriche, dalla prevenzione alle terapie riabilitative, attraverso le più avanzate tecnologie, a completamento di quanto già attualmente offerto nel reparto ambulatoriale ed in sala operatoria in anestesia generale», aggiunge Luigi Califano, presidente della scuola di medicina e chirurgia e direttore del Dai testa-collo dell'azienda. L'odontoiatria pediatrica del Policlinico Federico II rappresenta, infatti, un'area assistenziale di elevata specializzazione professionale, totalmente dedicata alle cure orali del paziente in età evolutiva, molto apprezzata sul territorio regionale e meridionale in genere, tanto da aver invertito il flusso di migrazione sanitaria verso altre regioni.

«Il nuovo centro consentirà di realizzare tutte le procedure, anche conservative, rapidamente, in sedazione lieve e moderata, ridando la completa funzionalità del cavo orale e, speriamo, anche il sorriso ai bambini speciali che seguiamo. Generalmente, infatti, le procedure odontoiatriche in sedazione sono essenzialmente di tipo estrattivo, comportando una menomazione che accompagna il paziente nel tempo, compromettendo gravemente qualità ed aspettativa di vita», conclude Aniello Ingenito, responsabile dell'odontoiatria pediatrica.

Interverranno all'inaugurazione del nuovo reparto: il cardinale Crescenzo Sepe; il direttore del Dai Testa Collo, Luigi Califano; il responsabile dell'odontoiatria pediatrica, Aniello Ingenito, insieme a tutta l'equipe che collabora costantemente alla gestione delle cure delle patologie orali dei pazienti in età evolutiva; il direttore generale dell'azienda ospedaliera universitaria Federico II, Vincenzo Viggiani; il direttore amministrativo, Natale Lo Castro; il direttore sanitario, Gaetano D'Onofrio.



Il centro Inaugurazione del laboratorio alla Federico II



”

La solidarietà
Il centro realizzato grazie ai fondi donati dal cardinale

LA MINISTRA A ROSSANO

Il boom in sei mesi del debito sanitario fa infuriare Lorenzin Strigliata ai manager

*Sulla fine del commissariamento risposta diplomatica e prudente
Con Gentile in rotta verso il Pd*

MASSIMO CLAUSI a pagina 6



La ministra Lorenzin e il sottosegretario Gentile

SANITÀ Parole dure della Lorenzin per l'aumento del debito in soli 6 mesi e per la mancata trasmissione dei flussi di dati sui ricoveri

La ministra striglia i manager

Sul commissario dice: «Ho le mie idee e le ho scritte in un dossier che porterò al Cdm»

Sull'ospedale della Sibaritide non molliamo

di MASSIMO CLAUSI

ROSSANO (Cs) - Beatrice Lorenzin fa il Ministro della Salute e non rinuncia al suo profilo istituzionale. Così ieri a Rossano non ha offerto risposte nette, ma fra le righe ha detto moltissimo.

L'organizzatore della kermesse, l'ex consigliere regionale Giuseppe Graziano, ha riassunto la situazione in apertura dei lavori. Sullo Jonio sono stati chiusi due ospedali (Cariati e Trebisacce) su quattro. Resta lo spoke diviso nei due plessi di Corigliano e Rossano distanti fra loro 12 chilometri. Si aspettava il nuovo ospedale della Sibaritide, ma la situazione da dieci anni non si riesce a sbloccare, anzi. Proprio due giorni fa alla Tecnis, la ditta catanese vincitrice dell'appalto, sono stati sequestrati 31 milioni di euro. Infine c'è l'assoluta assenza di una rete territoriale e nessun privato accreditato (sul tirreno cosentino ce ne sono ben 22). Il risultato è una

migrazione sanitaria che qui è superiore al resto della regione, complice la vicinanza della Basilicata.

Concetti questi ribaditi con forza dai sindaci che si sono succeduti al microfono come quello di Trebisacce, Antonio Mundo, di Cariati, Filomena Greco e Villaiana, Paolo Montalti.

Il Sottosegretario Antonio Gentile ha detto a chiare lettere che la situazione sullo Jonio è grave. Per questo si è organizzato un incontro nonostante le ore febbrili che vive Ap (leggi in basso). Poi ha mandato un paio di siluri alla giunta regionale. Il primo riguarda l'ospedale della Sibaritide ancora fermo perché «non si vuole prendere in mano la situazione. Non a caso con il consigliere regionale Guccione e Graziano avevamo chiesto una commissione d'inchiesta regionale non tanto per capire le responsabilità, ma per individuare soluzioni». Il secondo siluro riguarda i rapporti fra Oliverio e Scura. Gentile dice a chiare lettere che lo scontro «è un'offesa alle istituzioni. Siedono attorno a un tavolo e portino una soluzione ai calabresi».

Il gran finale è tutto per la bella ministra. Sul commissa-

riamento non si è sbilanciata. Ha ribadito di aver ascoltato Oliverio con attenzione e senza pregiudizi. «Ho le mie idee e ho redatto il mio bel dossier. Ovviamente lo porterò nella sede deputata cioè il Consiglio dei Ministri perché i commissari vengono nominati dal Sottosegretario alla Presidenza e dal Ministro delle Finanze. Quando non so dirlo perché il calendario non lo faccio io». Qualcuno ha letto come non occasionale il riferimento alla Boschi, come per sottolineare che Scura è stato voluto e difeso proprio dal Pd. Per il resto la Lorenzin più che sul commissario si è concentrata molto sui manager della sanità calabrese e a qualcuno è suonata come una bocciatura per la politica che li ha

nominati. Ha detto, ad esempio, che i dati dell'ultimo tavolo Adduce siano spaventosi con un debito che in 6 mesi è arrivato vicino ai 100 milioni e soprattutto con i famosi Lea (livelli essenziali di assistenza) completamente sballati

«perché nell'epoca dei big data i manager non hanno trasmesso i flussi dei ricoveri. Com'è possibile?».

Detto questo il Ministro dice che non tutto è perduto. Cinque anni fa appena si è insediata mezzo Paese era o in piano di rientro o in affiancamento. Adesso la Toscana è uscita, il Lazio sta uscendo, la Calabria può farlo. Colpa di vent'anni di politiche sanitarie assolutamente sballate, dice la Lorenzin, in cui i direttori generali scelti dalla politica a questa rispondevano più che a criteri di efficienza. Lei invece sostiene di aver compiuto il suo programma di governo con il Patto per la

Salute. Per cui adesso per tutta l'Italia c'è un piano del fabbisogno di personale che evita discrezionalità nelle assunzioni; ci sono i piani ospedalieri anche in Calabria anche se non vengono attuati. Insomma il problema sembrano essere proprio i manager che non riescono a sbloccare burocraticamente alcune situazioni vedi ospedali di Praia e Trebisacce. Non a caso il Ministro boccia l'idea del commissariamento dell'intero settore e pensa piuttosto all'ipotesi di un commissariamento delle singole aziende sanitarie o ospedaliere «così in due anni si sana tutto un passo alla volta». Rivendica, poi, quello che ritiene un grosso successo è cioè l'albo dei manager sanitari che vengono preselezionati da una commissione di grande profilo per evitare che a dirigere le aziende vadino solo gli amici degli amici. Non solo ma vengono fissati obiettivi di efficienza e efficacia che se dopo due anni non sono raggiunti provocano la can-

cellazione dall'albo.

Infine bocciatura totale per il blocco del turn over applicato alla sanità che ha definito un'idiozia e nuova bordata ai manager calabresi. «Avevamo sbloccato il turn over per l'assunzione di 2000 fra medici e infermieri. Poi le assunzioni tardano ad arrivare e non si capisce perché visto che ognuno scarica sull'altro».

L'ultimo passaggio la Lorenzin lo dedica al fantomatico ospedale della Sibaritide. «Solo in Italia - dice - può accadere che una ditta che ha una interdittiva antimafia conservi un appalto così importante. Sappiamo dei nuovi sequestri subiti dalla Tecnis e il mio capo di gabinetto, che è un ex magistrato, si interesserà personalmente di come sbloccare la situazione perché non si possono chiudere gli ospedali a fronte del nulla». E' quello che dicono da anni i cittadini dello Jonio cosentino e non solo.

PRAIA A MARE

Spiragli per il nosocomio

di **MATTEO CAVA**

PRAIA A MARE - Era stato lo stesso ministro Lorenzin, il 16 giugno scorso, in un incontro di Alternativa popolare a promettere, in una diretta telefonica, alla platea e alla cittadinanza dell'alto Tirreno cosentino la riapertura dell'ospedale di Praia a Mare. Da quel giorno un po' d'acqua è passata sotto i ponti. In ogni caso, il nosocomio ha iniziato a funzionare. Ha abbandonato l'aspetto del capt. Al momento è stato allestito un pronto soccorso, cominciano ad essere avviati alcuni reparti, ma il progetto promesso dal ministro Lorenzin sembra essere frenato. I sindaci di Praia a Mare, Praticò, e Tortora, Lamboglia, insieme ai colleghi sono impegnati per raggiungere l'obiettivo messo nero su bianco sul Decreto del commissario ad acta Eugenio Scibacca. Quest'ultimo come è noto sta curando l'applicazione della sentenza del Consiglio di Stato che vuole la riapertura dell'ospedale.



TREBISACCE

Si va avanti a carte bollate

TREBISACCE - Sull'ospedale "Guido Chidichimo" di Trebisacce pende già una prima sentenza favorevole, emessa nel 2015 dal Consiglio di Stato che disponeva la riapertura del nosocomio annullando gli effetti del decreto Scopelliti che, nel Piano di rientro, trasformava la struttura in casa della salute. La sentenza degli "ermellini" non è stata ottemperata e il sindaco Francesco Mundo ha proposto nuovo ricorso per avere Regione e Commissario ad acta disatteso l'ordinanza di ottemperanza del Consiglio di Stato. I giudici di Palazzo Spada, nell'udienza dello scorso ottobre, hanno intimato al commissario Scura di inviare una dettagliata relazione, entro il 30 novembre, sui motivi ostativi alla riapertura dell'ospedale e fissato alla data del 21 dicembre prossimo, l'udienza per la prosecuzione in giudizio. In base alle sentenze di ottemperanza emesse dal Consiglio di Stato, il Commissario ad acta da anni ormai avrebbe dovuto garantire il ripristino delle funzioni del "Guido Chidichimo" per reintegrarne l'operatività.



fra.mau.

13/12/2017 Liste d'attesa sempre troppo lunghe. E poi pronto soccorso in affanno e dimissioni facili. Unico dato positivo: errori medici in calo. ...

quotidianos**sanità**.it

Martedì 12 DICEMBRE 2017

Liste d'attesa sempre troppo lunghe. E poi pronto soccorso in affanno e dimissioni facili. Unico dato positivo: errori medici in calo. **Il 20° Rapporto Pit Salute**

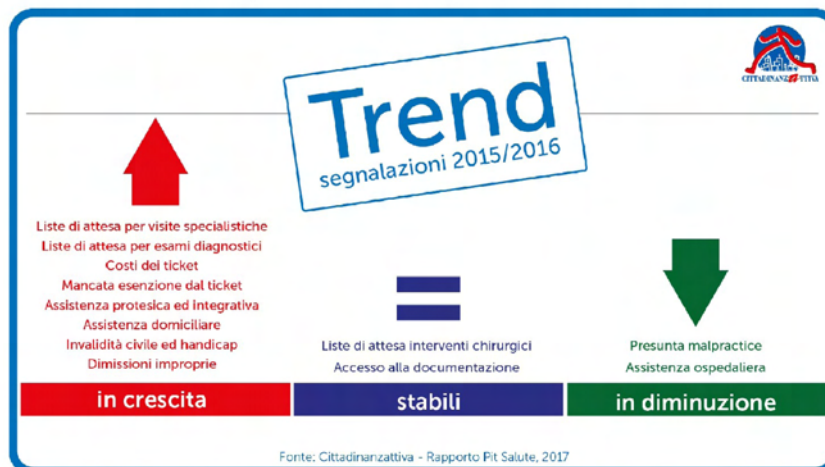
Presentato stamattina a Roma il Rapporto elaborato da Cittadinanzattiva-Tdm che ha raccolto quasi 25 mila segnalazioni su disservizi e disfunzioni del Ssn. Gli italiani continuano a credere e volere un servizio sanitario pubblico ma aumentano coloro che segnalano difficoltà di accesso soprattutto per tempi di attesa troppo lunghi o per il costo dei ticket. In calo, invece, seppur di poco le segnalazioni di presunta malpractice. [LA SINTESI DEL RAPPORTO](#)

Chi ha mal di denti sarà meglio che si metta l'anima in pace e si prepari a sopportare il dolore a lungo, almeno per un anno. Tanto è il tempo di attesa medio per una visita odontoiatrica presso le strutture pubbliche italiane. Ma se con il mal di denti, tra un antidolorifico e l'altro, si può convivere, la situazione si complica quando a dover attendere è una persona malata di cancro. E in Italia accade anche questo: 10 mesi è il tempo di attesa medio per una visita oncologica.

Sono solo due dettagli della fotografia scattata dal **XX Rapporto Pit Salute "Sanità pubblica: prima scelta, ma a caro prezzo"**, realizzato da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, con il sostegno non condizionato di Ipasvi, Fnmceo e Fofi.

Il Rapporto, presentato oggi a Roma, è frutto dell'analisi di quasi 25 mila segnalazioni raccolte dall'Associazione durante il 2016. La volontà dei cittadini che hanno contribuito alla realizzazione del documento è chiara: vogliono curarsi nel servizio sanitario pubblico, perché si fidano di questo e non possono sostenere i costi di una assistenza privata. Ma curarsi con i servizi offerti dalla sanità pubblica significa imparare ad avere pazienza, imparare a fare i conti con liste di attesa, con il costo dei ticket e dei farmaci e con un'assistenza territoriale che non è in grado di soddisfare le esigenze dei malati, soprattutto di quelli cronici.

13/12/2017 Liste d'attesa sempre troppo lunghe. E poi pronto soccorso in affanno e dimissioni facili. Unico dato positivo: errori medici in calo. ...



"I cittadini non ce la fanno più ad aspettare e a metter mano al portafoglio per curarsi - ha spiegato **Tonino Aceti**, Coordinatore nazionale Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva - anche le vie dell'intramoenia e del privato sono diventate insostenibili. Serve più Servizio Sanitario pubblico, più accessibile, efficiente e tempestivo. E dalla legge di bilancio arrivano pochi e deboli segnali: se da una parte si comincia a metter mano al superticket, a seguito di una nostra battaglia, seppur in maniera insufficiente, dall'altra sul finanziamento del Ssn arrivano segnali pericolosi che fanno intravedere il rischio di un suo forte depotenziamento".

Antonio Gaudio, il segretario generale Cittadinanzattiva, non riesce ad immaginare che per il Ssn si possa arrivare ad una sconfitta: "la nostra Associazione ha quasi 40 anni, la stessa età del Sistema sanitario italiano, istituito nel 1978 - ha detto Gaudio - e anche Cittadinanzattiva, pur avendo ottenuto molte vittorie, ha dovuto fare i conti con delle sconfitte. Ma le sconfitte - ha specificato il segretario generale - non sono mai veramente tali. Sono solo vittorie rimandate di un po". E con questo nuovo Rapporto, il XX che Cittadinanzattiva dedica all'argomento, emergono le tante battaglie che la Sanità pubblica ha ancora da combattere.

"Le dimissioni ospedaliere - ha aggiunto Aceti - sono sempre più anticipate e problematiche. La rete dei servizi socio-sanitari territoriali non è in grado di dare risposte alle persone in condizioni di 'fragilità', come gli anziani soli, le persone non autosufficienti o con cronicità, quelle con sofferenza mentale. E' anche per questo che le famiglie fanno sempre più affidamento su quel poco di ossigeno, insufficiente, dato da invalidità civile e accompagnamento. Ma incontrano anche qui difficoltà di accesso crescenti".

Il rapporto punto per punto

Le difficoltà di accesso al servizio sanitario pubblico

Poco meno di un terzo lamenta difficoltà, ritardi, eccesso di burocrazia e costi. Le principali problematiche sono legate alle liste d'attesa, a ticket ed esenzioni, le prime con un dato stabile al 54,1% e le seconde con un aumento dal 30,5% del 2015 al 37,5% del 2016.

Le liste di attesa

I cittadini segnalano soprattutto tempi lunghi per accedere alle visite specialistiche, con una percentuale che è passata dal 34,3% del 2015 al 40,3% del 2016. Seguono, con il 28,1% delle segnalazioni, a quota 35,3% nel 2015, i lunghi tempi per gli interventi chirurgici. Al terzo posto, si piazzano gli esami diagnostici, con un aumento percentuale di segnalazioni, passate dal 25,5% del 2015 al 26,4% del 2016.

13/12/2017 Liste d'attesa sempre troppo lunghe. E poi pronto soccorso in affanno e dimissioni facili. Unico dato positivo: errori medici in calo. ...



“Purtroppo – ha commentato **Giovanni Monchiero**, della commissione Affari Sociali alla Camera dei Deputati - le criticità sono sempre le stesse. Le liste di attesa sono un problema estremamente serio che non sono convinto si possa eliminare solo con un aumento dei fondi. Per più di 20 anni ho diretto aziende sanitarie pubbliche, constatando sempre che il privato riusciva a lavorare meglio. Per questo motivo credo che i privati che operano in modo serio possano essere un punto di riferimento da imitare”.

Ticket

Il 37,4% denuncia i costi elevati e gli aumenti relativi ai ticket per la diagnostica e la specialistica, mentre il 31% esprime disagio rispetto ai casi di mancata esenzione dal ticket, in aumento rispetto al 24,5% del 2015. Ma tra i costi insostenibili ci sono pure quelli di farmaci, intramoenia, Rsa e protesi ed ausili.



L'Assistenza territoriale

Per i cittadini l'assistenza sanitaria offerta a livello territoriale è peggiorata rispetto al passato.

“Il grande dramma dell'assistenza territoriale – ha sottolineato Gaudioso – sono le **differenze enormi che si trovano da una città all'altra**”. Il segretario generale di Cittadinanzattiva racconta la sua personale esperienza di padre e di cittadino per spiegare quanto queste disuguaglianze possano creare delle vere e proprie discriminazione, dividendo i malati in pazienti di serie A e pazienti di serie B.

"La settimana scorsa – ha detto Gaudio – ho effettuato tutte le vaccinazioni obbligatorie a mia figlia, che ha 15 mesi. In quella stessa occasione il medico mi ha proposto anche le vaccinazioni non obbligatorie, alle quali ho acconsentito. Però, prima, da cittadino attivo ho posto molte domande al medico sui vaccini ai quali stavo sottoponendo mia figlia e lui ha puntualmente risposto in modo esaustivo a tutti i miei dubbi. Alla fine ero arrabbiato: **la consapevolezza che non tutti i cittadini d'Italia possono usufruire di un servizio così eccellente mi provoca rabbia**".

Le difficoltà relative all'assistenza territoriale sono effettivamente in aumento, come testimonia lo stesso Rapporto Pit Salute: sono passate dall'11,5% del 2015 al 13,9% del 2016. In particolare, quasi un cittadino su tre, il 30,5%, segnala problemi con l'assistenza primaria di base, soprattutto per rifiuto prescrizioni da parte del medico, anche per effetto del decreto appropriatezza, e per l'inadeguatezza degli orari dello studio del medico di base.

"Gli infermieri – ha detto **Pierpaolo Pateri**, componente del Comitato centrale della Federazione Ispasvi - promuovono da tempo la figura dell'infermiere di famiglia di cui si auspicano la più ampia diffusione sul territorio nazionale e gestiscono ambulatori infermieristici territoriali che operano tra mille difficoltà. In primis la carenza numerica di professionisti, appunto, ma che andrebbero incrementati per rappresentare un punto di riferimento certo per la presa in carico dei pazienti fragili dimessi e per l'orientamento dei familiari e dei caregiver nella gestione dell'assistenza".

Per il senatore **Luigi Gaetti**, componente della commissione Igiene e Sanità, medico con una carriera ospedaliera alle spalle lunga 29 anni, "il Ssn ha bisogno non solo di essere rifinanziato, ma anche riorganizzato. Da professionista sanitario - ha detto - credo che sia urgente la revisione del servizio ospedaliero e territoriale. Il personale sanitario è stato ridotto in maniera consistente, così come i contratti a tempo indeterminato. E tutto questo va contro alla qualità del sistema".

Ed è dovuta proprio alla carenza di personale la seconda delle criticità riscontrate nell'assistenza territoriale. Per il 16,6% degli intervistati ci sono difficoltà all'interno delle strutture residenziali come Rsa e lungodegenze, a causa dei costi eccessivi della degenza, per quasi due su cinque, della scarsa assistenza medico-infermieristica, meno di uno su tre, e delle lunghe liste di attesa per l'accesso alle strutture, uno su cinque.

Il 15% ha problemi con la riabilitazione, in particolare in regime di degenza (45,4%): in due casi su cinque è valutato di scarsa qualità e in quasi un caso su quattro risulta assente per la carenza di strutture o posti letto. Poco meno del 30% incontra problemi con la riabilitazione a domicilio, che non si riesce ad attivare o che viene sospesa all'improvviso. Inoltre, il 14,3% segnala criticità nell'assistenza domiciliare: in un caso su tre non sanno bene come attivare il servizio, a causa della carenza di informazioni o delle difficoltà burocratiche, o addirittura l'assistenza domiciliare è del tutto assente nella loro zona di residenza.

"Il **riconoscimento del lavoro del caregiver** – ha commentato **Patrizia Spadin**, presidente Aima, l'Associazione Malati di Alzheimer – potrebbe risolvere molti dei problemi legati all'assistenza domiciliare. Solo così un malato che soffre di demenza può sperare di migliorare la sua qualità della vita. Bisogna puntare al miglioramento dei diritti che i pazienti hanno innanzitutto come persone, specialmente nei casi di patologie croniche che richiedono cure continue".

In aumento anche i problemi per l'assistenza protesica ed integrativa (dal 7,8 al 12,4%) sia per i tempi di attesa che per l'insufficienza delle forniture che li costringono a sostenere costi privati ulteriori.

Invalità ed handicap: lunghe attese per il riconoscimento

Il 13,8% dei cittadini, in crescita rispetto al 2015, segnala disservizi per il riconoscimento che in più della metà dei casi risulta estremamente lento. In un caso su quattro l'esito dell'accertamento è considerato inadeguato alle condizioni di salute. E le attese non finiscono qui: troppo lunghi, per il 15,8% dei cittadini che si rivolge a Cittadinanzattiva, i tempi di erogazione dei benefici economici e delle agevolazioni.

"Per quanto riguarda la lentezza dell'iter burocratico, più della metà, il 52,6% - ha spiegato **Raffaele Migliorini**, coordinamento generale medico-legale Inps- riscontra problemi nella presentazione della domanda". Il 18,5% lunghe attese per la convocazione a prima visita, in media 7 mesi. Ancora, il 14,8% attende troppo per la convocazione alla visita di aggravamento. Il 10,4% per la ricezione del verbale definitivo, in media 9 mesi, e per l'erogazione dei benefici economici, 12 mesi.

"L'attesa media per la valutazione delle domande per l'invalità civile – ha continuato Migliorini - è di 65 giorni. I

tempi per la visita richiesta dalla procedura toccano il picco di 45 giorni in Campania. Le domande presentate nel 2016 sono state 245 mila, in netto aumento rispetto agli anni passati”.

Il Rapporto Pit Salute dedica ampio spazio anche al **rapporto tra il medico e il paziente**. “Se deve esistere una relazione tra il medico e il paziente – ha detto **Roberta Chersevani**, presidente nazionale Fnmceo - allora deve esistere un rapporto anche tra le realtà che rappresentano le due categorie, i professionisti da un lato e i cittadini dall'altro. Ed è per questo che promuovo con forza questa collaborazione con Cittadinanzattiva. Chi lavora alla stesura di questo rapporto compie un lavoro importante di selezione e di filtro, perché non tutte le segnalazioni hanno ragione di esistere. Accade, infatti, anche che un cittadino, dopo essersi rivolto al Tribunale per i diritti del Malato, riesca a guardare la sua situazione da una nuova prospettiva. Molti comprendono anche di non essere affatto vittime di disservizi”.

Presunta malpractice, diminuiscono gli errori

In lieve diminuzione le segnalazioni su casi di presunta malpractice e sicurezza delle strutture: nel 2016 arrivano al 13,3% rispetto al 14,6% del 2015. La voce più rappresentata (47,9%) è quella dei presunti errori diagnostici e terapeutici, con alcune aree critiche che sono: per le diagnosi l'ambito oncologico (19%), ortopedico (16,4%), ginecologico ed ostetrico (12,4%); per la terapia, l'ortopedia (20,3%), la chirurgia generale (13,4%) e la ginecologia ed ostetricia (12,1%).

Cresce invece il dato sulle condizioni di sicurezza delle strutture (dal 25,7% al 30,4%) che riguardano soprattutto le disattenzioni del personale (13,6%), i casi di sangue infetto (5,4%) e le infezioni ospedaliere (5,4%).

Pronto soccorso in affanno e dimissioni facili

L'8,2% dei cittadini segnala problematiche nell'assistenza ospedaliera (88,2%) e nella mobilità sanitaria (11,8%). È soprattutto l'area della emergenza urgenza ad essere nel mirino delle lamentele delle persone che segnalano procedure di triage non trasparenti (42,9%) e lunghe attese al Pronto soccorso (40,5%).

Segue il **tema dei ricoveri**, su cui i cittadini denunciano spesso di vedersi rifiutato il ricovero (34,5%), o che lo stesso è avvenuto in un reparto inadeguato (21,4%) e ancora la mancanza di reparti e servizi (7,2%). In particolare ciò avviene in oncologia, ortopedia e neurologia. In aumento, rispetto al 2015, le segnalazioni sulle dimissioni: il 58,8% le reputa improprie, il 29,2% ha difficoltà ad essere preso in carico dal territorio dopo la dimissione, che non risparmiano nemmeno i malati nella fase finale della vita (11,8%).

Sul fronte della **mobilità sanitaria**, quando cioè la persona è costretta a spostarsi (di regione o all'estero) per avere cure adeguate, il 48,7% denuncia il ritardo nei rimborsi per le spese sostenute, il 30,8% la mancata autorizzazione da parte della Asl di riferimento.

Farmaci indisponibili nelle farmacie e non commercializzati in Italia

Il dato generale mostra una flessione (dal 5,8% al 4,2%), ma evidenzia alcuni fenomeni in aumento: crescono le segnalazioni del mancato accesso ai farmaci per l'epatite c (44,4%); il 24,2% segnala l'indisponibilità dei farmaci; il 18,3% la spesa privata che per molti diventa insostenibile, soprattutto per i farmaci di fascia C, per l'onere derivante dalla differenza di prezzo fra brand e generico, e per l'aumento del ticket. Le segnalazioni si riferiscono prevalentemente a farmaci di fascia A (48,5% nel 2016; + 10 punti % rispetto all'anno precedente).

Sono tutti dati preoccupanti per **Filippo Fossati**, della commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, quelli emersi dal Rapporto di Cittadinanzattiva: “il rilancio del Ssn dovrebbe puntare su una nuova forma di governo dell'intero Sistema - ha detto Fossati - È particolarmente grave finanziare il Ssn con una cifra più bassa rispetto agli accordi presi. Soprattutto perché credo nel valore degli accordi. Il definanziamento condanna i cittadini ad un abbassamento delle loro aspettative di vita, non è solo una questione economica”.

Ed invece, per **Andrea Urbani**, direttore generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute, siamo di fronte proprio ad una questione di natura economica. Urbani difende il Ssn e le scelte fatte dalla classe politica: “i tagli lineari sono stati una cura necessaria. Qualche errore è stato sicuramente fatto, non lo nego. Ma i dati dimostrano che il Ssn, grazie a questi interventi, è in equilibrio. Allo stesso modo, solo un'analisi accurata della situazione attuale potrà suggerirci la quantità degli investimenti necessari e soprattutto dove indirizzare i fondi stanziati”.

Su quali siano le **priorità per il rilancio del Ssn Cittadinanzattiva ha le idee chiare**: “oltre a rafforzare gli interventi, le politiche sociali e attuare il Piano Nazionale della Cronicità – ha spiegato Aceti – è necessario rilanciare gli investimenti sul Ssn in termini di risorse economiche, di interventi strutturali per ammodernamento

tenendo conto anche dei cambiamenti sociali e dell'alto tasso di rinuncia alle cure. Tutto questo è necessario per dare risposte alle profonde disuguaglianze in sanità che ci vengono segnalate".

La svolta per il Coordinatore nazionale Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva dovrà necessariamente arrivare con la prossima legislatura, oltre non si potrà più attendere. "Chi governerà – ha concluso Aceti - dovrà investire in modo mirato su personale, strutture e servizi. Non solo in termini di soldi, ma anche di innovazione, sia a livello organizzativo che tecnologico soprattutto dovrà mettere la parola fine alle disuguaglianze in sanità".

Isabella Faggiano

13/12/2017

Ritmo circadiano alterato: possibile ruolo nelle malattie autoimmunitarie e nella risposta al trattamento

quotidiano**sanità**.it

Martedì 12 DICEMBRE 2017

Ritmo circadiano alterato: possibile ruolo nelle malattie autoimmunitarie e nella risposta al trattamento

Il Nobel per la medicina 2017 è stato appena assegnato agli scopritori dell'orologio biologico, segnapassi del ritmo circadiano, che mette in sintonia i nostri cicli vitali con quelli della rotazione della terra. Ma che non si tratti di una moda 'new age', ispirata all'armonia cosmica, lo dimostrano i risultati dei tanti studi che dimostrano un preciso ruolo dei ritmi circadiani nel mantenimento dello stato di salute. Come quello pubblicato oggi che sembra suggerire la necessità di somministrare le terapie per la sclerosi multipla ad orari ben precisi.

Anche il sistema immunitario ha il suo ritmo circadiano. Lo rivela uno studio pubblicato oggi su *Nature Communications* a firma di **Kingston Mills** e **Caroline Sutton** del Trinity College Dublin e di **Annie Curtis** dell'RCSI (Royal College of Surgeons Ireland).

Una scoperta importante con immediate ricadute pratiche: alcune terapie utilizzate contro patologie autoimmuni potrebbero funzionare meglio se somministrate a determinati orari, piuttosto che in altri.

I ritmi circadiani sono generati dal cosiddetto orologio biologico, 'sincronizzato' con la rotazione terrestre che descrive un ciclo notte-giorno di 24 ore. Mantenere questa 'armonia' universale aiuta a mantenersi in buona salute, mentre tutto ciò che la disturba (turni lavorativi notturni, stare alzati fino a tardi la notte) disturba i ritmi circadiani e, secondo alcuni, si associa ad un'aumentata incidenza di malattie autoimmunitarie, anche se i meccanismi molecolari di questo fenomeno non sono stati ancora chiariti.

Lo studio pubblicato oggi dimostra che le risposte e la regolazione del sistema immunitario sono influenzate dal momento del giorno in cui vengono attivate le risposte immunitarie.

I ricercatori irlandesi, autori del lavoro, hanno utilizzato il topo come modello animale, dimostrando che il gene 'interruttore' dei ritmi circadiani, il **BMAL1**, è quello deputato a 'sentire' e a sopprimere le reazioni infiammatorie, con maggiore o minore efficacia, in base al momento del giorno. La perdita di questo gene o l'induzione di un processo autoimmune a mezzogiorno anziché a mezzanotte, è insomma in grado di innescare nel topo una forma molto più grave di encefalomielite, l'equivalente della sclerosi multipla nell'uomo.

Proprio qualche giorno fa a Stoccolma, **Jeffrey C. Hall**, **Michael Rosbash** e **Michael W. Young** hanno ricevuto il [premio Nobel per la fisiologia e la medicina](#) per le loro scoperte sui ritmi circadiani. Un evento ricordato dal professor Kingston Mills che sottolinea come "le nostre scoperte suggeriscono che il nostro sistema immunitario è programmato per rispondere meglio alle infezioni e agli insulti portati a diverse ore del giorno; questo ha delle ricadute importanti per il trattamento delle patologie immuno-mediate e suggerisce che potrebbero esserci importanti differenze nella risposta ai farmaci, utilizzati per il trattamento delle patologie autoimmuni (quali appunto la sclerosi multipla), a seconda dell'ora del giorno in cui vengono somministrati".

Risultati questi che, secondo la dottoressa Annie Curtis, dovrebbero anche ricordare a tutti come un ritmo circadiano disturbato, evenienza assai comune con lo stile di vita moderno, fatto di pasti saltati e di sonno perso o disturbato, possa avere un impatto nel determinismo delle patologie autoimmuni. "Stiamo scoprendo soltanto adesso quanto sia importante l'orologio biologico per la salute e il benessere generale".

Maria Rita Montebelli

13/12/2017 Sanità pubblica, allarme liste d'attesa: 13 mesi per una mammografia. L'allarme nel XX Report Pit Salute | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

12 dic
2017
 SEGNALIBRO | ☆
 FACEBOOK | f
 TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

Sanità pubblica, allarme liste d'attesa: 13 mesi per una mammografia. L'allarme nel XX Report Pit Salute

di Barbara Gobbi (da www.ilssole24ore.com)

Le liste d'attesa in crescita per le visite specialistiche, il caro-ticket e le mancate esenzioni che fanno barriera, le cure sul territorio che arretrano, invece di espandersi come sarebbe opportuno e appropriato. Il XX Rapporto Pit Salute di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato (Tdm) - presentato a Roma e realizzato con il sostegno non condizionato di Ispasvi, Fnomceo e Fofi - fotografa un Servizio sanitario nazionale "amato" dai cittadini, ma decisamente in affanno. E nel giorno in cui i medici ospedalieri e i veterinari scioperano contro i tagli al Fondo sanitario nazionale e contro le prospettive di un mancato rinnovo dei contratti per la sanità, il cahiers de doléances messo in fila dal Report "Sanità pubblica: prima scelta ma a caro prezzo", ricalca in buona parte le proteste dei professionisti della salute.

I numeri: poco meno di un terzo dei cittadini intervistati lamenta la difficoltà di accedere al Ssn, per ritardi, burocrazia e costi. Le liste d'attesa restano tristemente al top: stabili al 54,1%, con un incremento del 6% per le visite specialistiche, di quasi un 1% degli esami diagnostici, a fronte di un -7,2% delle segnalazioni sugli interventi chirurgici. Tredici mesi di media per una mammografia, un anno per una colonscopia, stesso periodo per una visita oncologica o neurologica. I cittadini che per curarsi fanno riferimento al Servizio sanitario nazionale, si devono armare di santa pazienza.

Prioritario il rilancio degli investimenti. «I cittadini - spiega Tonino Aceti, coordinatore del Tdm-Cittadinanzattiva - non ce la fanno più ad aspettare e a metter mano al portafoglio per curarsi; anche le vie dell'intramoenia e del privato sono diventate insostenibili. Serve più Servizio sanitario pubblico, più accessibile, efficiente e tempestivo». Poi, l'attacco a una legge di Bilancio da cui «arrivano pochi e deboli segnali: se da una parte si comincia a metter mano al superticket, a seguito di una nostra battaglia, seppur in maniera insufficiente, dall'altra sul finanziamento del Ssn arrivano segnali pericolosi che fanno intravedere il rischio di un suo forte depotenziamento», continua Aceti. «A fronte di dimissioni ospedaliere sempre più anticipate e problematiche, la rete dei servizi socio-sanitari territoriali non è in grado di dare risposte alle persone "fragili", come gli anziani soli, le persone non autosufficienti o con cronicità, quelle con sofferenza mentale. È anche per questo che le famiglie fanno sempre più affidamento su quel poco di ossigeno, insufficiente, dato da invalidità civile e accompagnamento. Ma incontrano anche qui difficoltà di accesso crescenti». Le priorità indicate? Rilanciare gli investimenti sul Ssn in termini di risorse economiche, di interventi strutturali per ammodernamento tecnologico ed edilizia sanitaria, nonché sul personale sanitario. E ancora, secondo il Tdm «serve una strategia nazionale nuova per governare tempi di attesa ed intramoenia; alleggerire il peso dei ticket e revisionare la disciplina che li regola tenendo conto anche dei cambiamenti sociali e dell'alto tasso di rinuncia alle cure».

Liste d'attesa e ticket. I cittadini segnalano soprattutto tempi lunghi per accedere alle visite specialistiche, in misura di un valore che passa dal 34,3% del 2015 al 40,3% del 2016. Seguono, con il 28,1% delle segnalazioni (era il 35,3% nel 2015), i lunghi tempi per gli interventi chirurgici; al terzo posto le liste di attesa per gli esami diagnostici (dal 25,5% 2015 al 26,4% del 2016). Sui ticket - spiegano poi dal Tdm-Cittadinanzattiva - pesano i costi elevati e la mancata esenzione. Il 37,4% denuncia i costi elevati e gli aumenti relativi ai ticket per la diagnostica e la specialistica, mentre il 31% esprime disagio rispetto ai casi di mancata esenzione dal ticket (in



13/12/2017 Sanità pubblica, allarme liste d'attesa: 13 mesi per una mammografia. L'allarme nel XX Report Pit Salute | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

aumento, rispetto al 24,5% del 2015) Oltre che per i ticket, i cittadini denunciano come insostenibili i costi per farmaci, intramoenia, Rsa (residenze sanitarie assistite) e protesi ed ausili.

Cure sul territorio in affanno. Poco meno del 30% degli intervistati incontra problemi con la riabilitazione a domicilio, che non si riesce ad attivare o che viene sospesa all'improvviso. Inoltre, il 14,3% segnala criticità nell'assistenza domiciliare: in un caso su tre non sanno bene come attivare il servizio, a causa della carenza di informazioni o delle difficoltà burocratiche, o addirittura l'assistenza domiciliare è del tutto assente nella loro zona di residenza. Crescono anche i problemi per l'assistenza protesica ed integrativa (dal 7,8 al 12,4%) sia per i tempi di attesa che per l'insufficienza delle forniture che li costringono a sostenere costi privati ulteriori.

Disabilità poco ascoltata. Lunghe attese, ancora, per il riconoscimento dell'handicap: il 13,8% dei cittadini, in crescita rispetto al 2015, segnala disservizi per il riconoscimento che in più della metà dei casi risulta estremamente lento. In un caso su quattro l'esito dell'accertamento è considerato inadeguato alle condizioni di salute. Troppo lunghi inoltre, per il 15,8% dei cittadini che si rivolge a Cittadinanzattiva, i tempi di erogazione dei benefici economici e delle agevolazioni.

Malpractice e sicurezza. Diminuiscono al 13,3% rispetto al 14,6% del 2015 gli errori da presunta malpractice ma va peggio su infezioni e disattenzioni del personale. La voce più rappresentata (47,9%) è quella dei presunti errori diagnostici e terapeutici, con alcune aree critiche che sono: per le diagnosi l'ambito oncologico (19%), ortopedico (16,4%), ginecologico ed ostetrico (12,4%); per la terapia, l'ortopedia (20,3%), la chirurgia generale (13,4%) e la ginecologia ed ostetricia (12,1%). Cresce invece il dato sulle condizioni di sicurezza delle strutture (dal 25,7% al 30,4%) che riguardano soprattutto le disattenzioni del personale (13,6%), i casi di sangue infetto (5,4%) e le infezioni ospedaliere (5,4%).

Pronto soccorso in affanno e dimissioni facili. L'8,2% dei cittadini segnala problematiche nell'assistenza ospedaliera (88,2%) e nella mobilità sanitaria (11,8%). In riferimento alla prima voce, è soprattutto l'area della emergenza urgenza ad essere nel mirino delle lamentele delle persone che segnalano procedure di triage non trasparenti (42,9%) e lunghe attese al Pronto soccorso (40,5%). Segue il tema dei ricoveri, su cui i cittadini denunciano spesso di vedersi rifiutato il ricovero (34,5%), o che lo stesso è avvenuto in un reparto inadeguato (21,4%) e ancora la mancanza di reparti e servizi (7,2%). In particolare ciò avviene in oncologia, ortopedia e neurologia. In aumento, rispetto al 2015, le segnalazioni sulle dimissioni: il 58,8% le reputa improprie, il 29,2% ha difficoltà ad essere preso in carico dal territorio dopo la dimissione, che non risparmiano nemmeno i malati nella fase finale della vita (11,8%). Sul fronte della mobilità sanitaria, quando cioè la persona è costretta a spostarsi (di regione o all'estero) per avere cure adeguate, il 48,7% denuncia il ritardo nei rimborsi per le spese sostenute, il 30,8% la mancata autorizzazione da parte della Asl di riferimento.

Farmaci. Le segnalazioni si riferiscono prevalentemente a farmaci di fascia A (48,5% nel 2016; + 10 punti % rispetto all'anno precedente). Il dato generale mostra una flessione (dal 5,8% al 4,2%), ma evidenzia alcuni fenomeni in aumento: crescono le segnalazioni del mancato accesso ai farmaci per l'epatite c (44,4%); il 24,2% segnala l'indisponibilità dei farmaci; il 18,3% la spesa privata che per molti diventa insostenibile, soprattutto per i farmaci di fascia C, per l'onere derivante dalla differenza di prezzo fra brand e generico, e per l'aumento del ticket.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Scienza e industria alleate per la salute

Sfruttare meglio e contemporaneamente le competenze di entrambi settori

Passi differenti. Le scoperte scientifiche stanno superando la nostra capacità di convertirle in medicinali utili per i pazienti

Migliata. Sono i campioni di DNA della popolazione sarda raccolti dalla Shardina, una azienda locale passata sotto il controllo della società britannica "Izaska Life Science".

230

di **Todd Golub**

Negli ultimi 15 anni è diventato finalmente possibile scoprire sistematicamente i geni che svolgono un ruolo cruciale in una serie di patologie umane, dal cancro alle malattie autoimmuni, a quelle cardiache e perfino alla schizofrenia. I progressi in questo senso stanno accelerando grazie alla capacità dei ricercatori di individuare varianti genetiche che predispongono alle malattie, modificare il genoma nelle cellule viventi e creare modelli animali che imitano più strettamente la biologia umana. Le conoscenze così acquisite ci consentono di far luce sulle cause ultime delle malattie.

Ma c'è un problema: le scoperte scientifiche stanno superando la nostra capacità di convertirle in medicinali utili per i pazienti.

L'industria farmaceutica è un motore potente per la scoperta di nuove terapie. Tuttavia, i suoi sforzi si sono concentrati soprattutto su alcuni bersagli che si erano già dimostrati raggiungibili, come ad esempio le chinasi e altri enzimi. Altri, meno portati di mano (come i fattori di trascrizione e le interazioni proteina-proteina) vengono spesso considerati troppo rischiosi o costosi da raggiungere, sebbene siano sovente fattori chiave in molte malattie.

Ma anche nel caso di bersagli più rispondenti a un trattamento farmacologico, spesso non sappiamo come progettare strategie di intervento clinico che incidano sulla base molecolare della malattia: per esempio, come utilizzare la genetica per identificare i pazienti più adatti a sperimentare un farmaco o come identificare i marcatori biologici per controllarne rapidamente l'efficacia, soprattutto nei test di prevenzione. Per velocizzare lo sviluppo delle terapie è necessario però che sia l'industria sia il mondo accademico - attraverso le grandi case farmaceutiche e la finanza - modifichino il proprio modo di pensare e di lavorare insieme.

Le risposte non possono essere fornite esclusivamente da un solo settore, ma vanno ricercate nella collaborazione più stretta con tutti i vari partner del settore privato.

Industria e università condividono l'obiettivo del miglioramento della salute dei pazienti, ma attraverso competenze e prospettive complementari. Nel mondo accademico, i nostri contributi derivano spesso dalla scoperta e dall'innovazione precoci, basate su profonde conoscenze biologiche e non con-

dizionate dalla necessità di ricavare un profitto per gli investitori. L'industria biofarmaceutica fornisce, invece, il proprio apporto attraverso la profonda esperienza nella ricerca di nuovi medicinali, l'impiego di *équipe* più ampie e la capacità di effettuare sperimentazioni cliniche su larga scala.

Questo modello di interazione si è rivelato efficace, ma appare ormai sempre più chiaro che manca qualcosa.

Trapporti tra il mondo accademico e quello industriale spesso somigliano a una corsa a staffetta in cui i corridori condividono il testimone solo per un breve periodo di tempo prima che passi di mano.

Tuttavia per affrontare alcuni problemi biomedici, è importante che si ricorra contemporaneamente alle competenze di entrambi i settori, trovando i modi più adatti in cui possano estendere lo scambio di conoscenze, di tecniche e di idee.

Una più stretta collaborazione

Una più stretta collaborazione richiede l'avvio di comuni iniziative nella sfera della ricerca terapeutica che inizino prima e si estendano in seguito. Le conoscenze acquisite dall'industria farmaceutica in campo clinico dovrebbero essere tenute in considerazione sin dalle prime fasi dei progetti accademici di ricerca farmacologica. Allo stesso modo, la scienza accademica dovrebbe accompagnare tutte le fasi del processo di introduzione dei nuovi farmaci in campo terapeutico (per imparare il più possibile, ad esempio, dalle sperimentazioni cliniche). Con l'obiettivo di massimizzare la comprensione dei meccanismi di funzionamento e quindi la probabilità che le nuove terapie saranno efficaci.

Per essere più fruttuosa, insomma, la collaborazione fra industria e università dovrebbe:

- tendere a migliorare la salute, aprendo nuovi orizzonti anziché limitarsi a progressi incrementali;
- partire dal presupposto che lo sviluppo dei farmaci dovrebbe essere fondato sulla base biologica delle malattie;
- impegnarsi a condividere apertamente le conoscenze biologiche con la comunità scientifica. È evidente che dovrebbe, al tempo stesso, proteggere anche la proprietà intellettuale sui potenziali prodotti terapeutici, senza la quale gli investitori non finanzierebbero mai le sperimentazioni cliniche necessarie a dimostrarne l'efficacia.

Le istituzioni accademiche dovrebbero se-

lezionare con molta attenzione i propri partner industriali, e viceversa. I loro rapporti dovrebbero basarsi su valori e competenze complementari, sul rispetto di rigorosi principi etici e sul riconoscimento del fatto che il settore pubblico e quello privato hanno compiti, obblighi e responsabilità differenti. Il mondo accademico non può essere spinto dal desiderio di profitto, ma deve mettere al primo posto l'interesse pubblico. E l'industria non può impegnarsi oltre misura nella ricerca di base, poiché ha l'obbligo di garantire ai propri azionisti un ritorno sugli investimenti. Ciò non toglie, tuttavia, che vi siano aree sempre più ampie di sovrapposizione.

Al Broad Institute, di Mit e di Harvard, abbiamo deciso di svolgere ricerche che sono importanti dal punto di vista dei pazienti anche se la loro attrattiva commerciale è limitata. Cerchiamo di affrontare problemi

scientificamente difficili (come ad esempio patologie senza precedenti o ritenute incurabili) e di dedicare attenzione sia alle malattie dei Paesi sviluppati che a quelle dei Paesi in via di sviluppo (comprese quelle spesso considerate poco redditizie, come la malaria o la tubercolosi).

Nel settore privato scegliamo collaboratori che condividono il nostro orientamento scientifico, rispettano la distinzione dei nostri compiti e sono disposti ad assumere in modo costante gli impegni scientifici ed economici necessari per lo sviluppo di una ricerca terapeutica ad alto rischio ma potenzialmente molto fruttuosa.

Niente di tutto questo è facile. E spesso nemmeno i migliori progetti portano alla scoperta di terapie efficaci.

L'autore è Chief scientific officer al Broad Institute
RICERCA/GRUPPO IRI-REDA

LA RIVISTA

In edicola e sul web

■ Pubblichiamo l'articolo di Todd Golup che apparirà su *Aspenia* 79 in uscita nei



prossimi giorni in abbinamento con il Sole 24 Ore.

■ L'articolo è stato originariamente pubblicato in inglese il 9 ottobre 2017 sul sito web del Broad Institute www.broadinstitute.org. La versione completa è disponibile su www.aspeninstitute



Tra pubblico e privato.
Un ricercatore nel laboratorio della Tessa Therapeutics e dell'Institute of Molecular and Cell Biology di Singapore. Tessa lavora a terapie anticancerogene basate sul sistema immunitario.