



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Sanità, «calmiere» sui costi scure sulle municipalizzate

Nella spending review 2 sforbiciata ai dipendenti pubblici

Andrea Bassi

ROMA. Il più ottimista di tutti è il sottosegretario all'Economia Pierpaolo Barretta. «Il commissario Carlo Cottarelli sta lavorando sodo. Credo che avremo novità positive in tempi brevi». Ed in effetti Cottarelli ha finito la prima parte del suo lavoro e ha messo nero su bianco un programma di tagli alla spesa pubblica che lunedì sarà illustrato a Palazzo Chigi al comitato per la spending review, un organismo del quale fanno parte il premier Enrico Letta, il ministro dell'Economia, Fabrizio Saccomanni, il sottosegretario alla presidenza del consiglio, Filippo Patroni Griffi, e il vice premier Angelino Alfano. Cottarelli ha preparato un documento leggero, una trentina di pagine nelle quali sono indicati i capitoli sui quali intende intervenire, dalla sanità, agli enti locali, dalle società municipalizzate fino al pubblico impiego, e i metodi che intende utilizzare per tagliare la spesa. Intanto, però, nella legge di Stabilità sta prendendo forma un anticipo del programma di razionalizzazione. «Vorremmo inserire l'attivazione definitiva dei costi e dei fabbisogni standard nel provvedimento», spiega Giorgio Santini, relatore della manovra per il Pd.

Un ruolo nell'accelerazione della spending review dovrebbe averlo anche la Consip. Innanzitutto potrebbe essere allargata l'area di intervento della società per la razionalizzazione della spesa pubblica, che in pratica centralizza e mette all'asta un gran numero di prodotti e servizi acquistati dalle Pa. I costi standard potrebbero essere utilizzati come benchmark anche per le aste della Consip. Ma quanti soldi potranno arrivare dalla spending review? La legge di Stabilità prudenzialmente stima in 600 milioni per il prossimo anno e in

1,3 miliardi a partire dal 2015, il risparmio per le casse dello Stato dai tagli di spesa legati al lavoro del commissario straordinario.

Il punto, però, è che la sforbiciata alla macchina statale dovrà essere ben più consistente se si vorranno evitare gli aumenti delle accise e i tagli lineari delle detrazioni fiscali già previsti dalla manovra. Cottarelli dovrà riuscire a ridurre, da qui al 2017, di almeno 10 miliardi la spesa pubblica se vorrà evitare che la tagliola automatica della clausola di salvaguardia scatti.

Una sfida difficilissima che presuppone una completa rivisitazione dei meccanismi di funzionamento della macchina statale. Per riuscire ad incidere e risparmiare cifre così elevate, Cottarelli dovrà toccare anche alcuni tasti decisamente delicati. Come quello del pubblico impiego. Dal 2007 ad oggi, i dipendenti pubblici sono diminuiti di 300 mila unità grazie al blocco

del turn over. Anche le loro retribuzioni sono scese a causa del congelamento dei contratti e degli aumenti. Nonostante tutto la spesa complessiva per il comparto non è diminuita della stessa intensità. Una spiegazione probabile è che le amministrazioni abbiano fatto maggiore ricorso a personale esterno. Un altro punto sul quale il commissario straordinario punterà è quello delle società municipalizzate.

Qui ci dovrà essere uno sfortimento, anche perché è proprio in questo ambito che si annida la maggior parte degli sprechi. Anche su questo ci potrebbe essere un'accelerazione da parte del Parlamento nella legge di Stabilità. Le società controllate sono già state inserite all'interno del Patto di Stabilità dei Comuni, ma il relatore Santini ha spiegato che su questo punto ci potrebbe essere una ulteriore stretta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I tagli
Riflettori ancora una volta puntati sulla sanità, uno dei settori su cui sono possibili ulteriori interventi. La relazione di Cottarelli sarà presentata lunedì a Palazzo Chigi

Agenda digitale. Confronto con le imprese

Per le fatture elettroniche partenza dalla «Pa»

Giusella Finocchiaro
Benedetto Santacroce

L'Agenda digitale italiana prende forma e si pone degli obiettivi di breve e di medio periodo per rilanciare il sistema paese. In particolare, come ha sottolineato ieri il commissario di governo per l'attuazione dell'agenda digitale, Francesco Caio, durante il convegno Omat 2013 di Roma destinato alle imprese di settore, le priorità di breve periodo sono costituite dalla fatturazione elettronica, dall'anagrafe nazionale della popolazione residente (Anpr) e dall'identità digitale.

L'obiettivo è quello di concorrere al miglioramento del rapporto tra cittadino e Pa, rafforzare i principi di trasparenza amministrativa che devono caratterizzare tali rapporti e consentire, nella logica della spending review, un risparmio effettivo nell'erogazione e nella gestione dei servizi pubblici.

Le predette priorità avranno tempi di attuazione diversi. Sulla fatturazione elettronica molto si è già fatto, ragion per cui entro l'anno prossimo si dovrebbe definire il quadro normativo di riferimento con attuazione, per la data del 6 giugno 2014, del meccanismo obbligatorio di scambio di fatture elettroniche tra fornitori e ministeri, enti previdenziali e agenzie fiscali. Il progetto Anpr si sta, invece, muovendo lentamente per integrare le diverse banche dati centrali e periferiche allo scopo di realizzare, tra il 2014 e il 2015, l'intera infrastruttura del nuovo servizio. Per quanto concerne, infine, l'identità digitale, sulla base delle regole del Dl 69/13 che ha istituito lo Spid (servizio pubblico di identità digitale) l'obiettivo è quello di tracciare per l'inizio del 2014 il perimetro del progetto e di emanare i primi provvedimenti di

attuazione anche alla luce della regolamentazione comunitaria, che dovrebbe essere approvata entro il febbraio 2014.

Accanto a queste priorità a breve è emersa anche la necessità di definire un modello di riferimento in prospettiva per l'architettura digitale delle amministrazioni centrali e locali, il quale identifichi non solo la banche dati di interesse nazionale e i principali flussi di interoperabilità, ma assicuri anche coerenza ed efficacia per tutti gli investimenti informatici,

LA PROGRAMMAZIONE

Fissate tra le priorità anche l'anagrafe unica e l'identità digitale. Al convegno Omat il manifesto delle aziende

In sintesi

01 | L'INCONTRO

Si è svolto ieri a Roma il convegno Omat 2013 dedicato alle imprese del settore digitale. Nel corso dell'incontro il commissario di governo per l'attuazione dell'agenda digitale ha definito le priorità da realizzare nel breve e medio periodo

02 | LE RICHIESTE

Nell'ambito di Omat le imprese, su iniziativa di un comitato di esperti, hanno lanciato un «manifesto per l'Italia digitale 2.0», con l'indicazione di dieci temi su cui si richiedono al Governo risposte sui problemi del settore

guidandoli verso un'architettura obiettivo condivisa. E questo per fornire una linea di sviluppo coerente con tutti i progetti comunitari delineati nel Consiglio europeo del 23 e 24 ottobre 2013.

Il tema agenda digitale ricorrerà anche nella prossima presidenza italiana della Ue, che partirà dall'1 luglio 2014. In quell'ambito l'Italia dovrebbe predisporre un piano di interventi per portare a compimento delle specifiche misure per favorire l'interoperabilità dei diversi sistemi.

L'occasione del convegno Omat è stato importante anche per le imprese del settore, le quali, su iniziativa di un comitato di esperti hanno lanciato un "manifesto per l'Italia digitale 2.0" con l'indicazione specifica dei 10 temi su cui si richiede al Governo delle risposte rapide e precise. Il manifesto ha lo scopo di fare il punto su tutte le novità presenti nel panorama nazionale e comunitario, con l'individuazione di quei fattori normativi e regolamentari abilitanti che devono essere approvati quanto prima per fornire a tutti gli strumenti per realizzare il vero salto di qualità per digitalizzare l'Italia.

Ultimo tema sollevato da più parti, e condiviso dalle autorità di Governo, è quello della necessità di dedicare risorse finanziarie e umane per l'alfabetizzazione digitale di giovani e meno giovani. A questo tema bisogna dedicare molte energie per creare una consapevolezza di massa sulla necessità di un processo di digitalizzazione del paese, nonché le competenze che potrebbero dare alle imprese lo slancio per operare meglio nei mercati globalizzati e per fornire ai giovani nuove opportunità di lavoro.



Regioni

La cura delle ludopatie
va inserita nelle prestazioni
del servizio sanitario

Governo e Parlamento

Legge di stabilità. Le Regioni: "Certezze su fondo sanitario 2014. Deve arrivare a 109,9 miliardi"

Oggi il parere di Regioni e Enti Locali in "Unificata" su legge di bilancio. Sulla sanità in particolare Errani ha sottolineato la buona notizia dell'assenza di tagli ma si chiede comunque certezza che il Fondo sia integrato con i 2 miliardi del mancato ticket. Prima si è svolta la Stato Regioni con due schemi di decreto, uno sui dispositivi medici e l'altro sul riparto dei fondi per le attività trasfusionali e di raccolta sangue



Le Regioni sono pronte ad esprimere un parere positivo sulla Legge di Stabilità se il Governo accoglierà le loro proposte. Lo ha detto il presidente della Conferenza delle Regioni **Vasco Errani**, al termine della riunione dei governatori svoltasi stamattina in vista della Conferenza Unificata che oggi pomeriggio esprimerà il suo parere sul ddl stabilità.

Per la sanità in particolare la richiesta più forte delle Regioni, alla quale è anche vincolato il Patto per la Salute, è la certezza sul finanziamento del fondo sanitario 2014 che si chiede arrivi a 109,9 miliardi rispetto ai 107,9 attuali, con l'integrazione di quei famosi 2 miliardi relativi al mancato gettito dei ticket che sarebbero dovuti scattare a gennaio del prossimo anno, poi cassati dalla Corte Costituzionale. Tra le richieste anche il rifinanziamento del piano per l'edilizia sanitaria con 5 miliardi nel triennio 2014-2016.

Incontrando i giornalisti al termine dell'incontro, Errani si è dimostrato comunque fiducioso su questo punto dando in sostanza per scontato che i 2 miliardi ci siano. Ma il giallo resta come dimostra l'Odg che i senatori di maggioranza e opposizione della Commissione Igiene e Sanità hanno presentato e dove si chiede chiarezza al Governo perché, sostengono i senatori firmatari, "quei 2 miliardi non compaiono nell'attuale testo del ddl stabilità".

Conclusa la Conferenza Unificata si è svolta, alle 15.30, la Stato Regioni, che ha sancito l'intesa sui seguenti documenti di interesse sanitario all'ordine del giorno:

Governo e Parlamento

- [“Schema di decreto recante “Nuove modalità per l’iscrizione dei dispositivi medico-diagnostici in vitro nel Repertorio dei dispositivi medici e per gli adempimenti relativi alla registrazione dei fabbricanti e dei mandatari di dispositivi medico-diagnostici in vitro”.](#)

- [“Schema di intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome sulla proposta del ministero della Salute di ripartizione dei fondi di cui all’art. 6, co. 1, lett. C\), legge 21 ottobre 2005, n. 219. Anno 2013” sull’attività trasfusionali e di raccolta del sangue.](#)

Con il primo provvedimento si interviene sull'estensione ai dispositivi medico-diagnostici in vitro dell'iscrizione nella banca dati del ministero della Salute raccoglie le informazioni sulle altre tipologie di dispositivi medici. Lo schema di decreto prevede che i fabbricanti e i mandatari provvedano alla comunicazione di tutte le informazioni necessarie all'iscrizione dei dispositivi medico-diagnostici in vitro nel Repertorio del ministero della Salute, nonché del loro aggiornamento. Tali informazioni sono contenute in un apposito documento allegato allo schema stesso. Il numero identificativo che sarà assegnato in fase di iscrizione al repertorio sarà inoltre utile nelle comunicazioni per la vigilanza sugli incidenti. Il ministero della Salute trasmetterà i dati sui dispositivi medico-diagnostici in vitro presenti nel Repertorio anche alla banca dati europea.

Quanto al riparto dei fondi per l'attività trasfusionali allo scopo di raggiungere gli obiettivi dell'autosufficienza, pari a 912.367 euro per il 2013, nello schema di decreto si tiene conto dell'indice di popolazione, che pesa per il 25%, dell'indice di efficienza relativa all'attività di raccolta, che pesa sempre per il 25%, e dell'efficienza nella gestione dei consumi di globuli rossi in relazione ai ricoveri totali, che pesa per il restante 50%.

Regioni e Asl

rispetto dell'“ordine cronologico” dei pagamenti che si traduce in un piano oggettivo di previsione dei pagamenti ai creditori proprio per evitare il dirottamento dei fondi dai servizi essenziali verso altri soggetti per così dire privilegiati. Cosa che, evidentemente, non è stata attuata in molte realtà le quali hanno evitato di mettere i conti in ordine. Anzi, di fatto queste Asl sono state autorizzate a perseguire il disordine con la sospensione delle azioni esecutive. Detto questo sicuramente il legislatore deve intervenire, ma prevedendo delle procedure di liquidazione o meglio di dissesto delle Asl come accade per i Comuni. Cosa che consentirebbe anche la prosecuzione delle prestazioni sanitarie senza ledere il diritto dei creditori, i quali ovviamente saranno pagati in proporzione alle attività esistenti a meno che il legislatore non preveda un intervento finanziario ad hoc. L'importante è che per il futuro tali situazioni non si ripetano e che si introduca il principio che anche per le Asl valgono principi analoghi a quelli vigenti per i Comuni.

Mi spieghi meglio.

Si crea un piano parafallimentare per le Asl che non sono in grado di pagare. Con un commissario liquidatore che gestisce il pagamento ai fornitori da un lato, e dall'altro un sistema di gestione della contabilità per l'ordinario che consente di continuare a fornire beni essenziali al cittadino. Inoltre introdurre meccanismi parafallimentari moralizzerebbe anche il mercato perché, quanti hanno fin ora lucrato sapendo di poter contare sempre e comunque su una copertura economica, desisteranno. E finalmente il sistema tornerà in equilibrio.

In definitiva, se per realizzare il servizio sanitario, si deve evitare di pagare i fornitori, laboratori convenzionati, etc. Allora delle due l'una: o in realtà non ci sono soldi per continuare a sostenere questo modello di assistenza sanitaria pubblica (e non credo) oppure in alcune Asl il disordine ha preso il sopravvento e, temo, sia quest'ultima la cosa più probabile, poiché in tante altre Regioni le Asl funzionano perfettamente. Non dobbiamo dimenticare, infatti, che tale situazione di sostanziale decozione riguarda solo ed esclusivamente il servizio sanitario di alcune Regioni.

Regioni e ASL

Costi standard. La nuova proposta regionale: "Via le Regioni benchmark. Gli standard si basano su tutte le realtà in regola con i conti"

La proposta, elaborata dalla Toscana e approvata dalla Conferenza delle Regioni, è di calcolare gli standard utilizzando come riferimento tutte le regioni non in piano di rientro.

“Altrimenti gli obiettivi saranno troppo alti per essere raggiunti nelle realtà più in difficoltà”. E poi occorre introdurre indicatori di qualità per evitare che si raggiungano gli obiettivi tagliando i servizi.



- La discussione sui costi standard sanitari entra nel vivo. E le Regioni, dopo aver dato il loro assenso ad applicarli in via prioritaria sul riparto 2013 seguendo la logica delle 5 regioni benchmark, hanno approvato una nuova proposta per il 2014 da sottoporre al Governo per modificare l'attuale legge sul federalismo fiscale.

La proposta prende lo spunto da una nota della Regione Toscana che ribalta sostanzialmente la logica del documento del ministero della Salute del luglio scorso basato su 5 Regioni benchmark dalle quali selezionare le tre di riferimento per l'applicazione dei costi standard al riparto del fondo sanitario.

La proposta, sulla quale si dovrà ora lavorare nel merito per trasformarla in una norma emendativa al Dlg 60 del 2011 (le Regioni spingono perché si possa fare già in sede di legge di stabilità), abbandona di fatto la logica delle Regioni benchmark prevedendo in alternativa “un metodo che definisca a cadenza annuale, ed in connessione con l'attribuzione alle regioni delle risorse destinate ai servizi sanitari, standard di qualità e livelli obiettivi di servizio che tutte le regioni sono chiamate a garantire”.

Per la Conferenza dei Presidenti, infatti, la logica delle tre Regioni benchmark per la definizione dei costi standard non va bene perché, si legge nel documento, è “basata in via prioritaria sul criterio economico rispetto a quello della qualità dei servizi erogati”. Ma anche perché, “l'utilizzo del risultato medio delle tre migliori regioni quali standard di riferimento comporta l'individuazione di obiettivi troppo sfidanti per le Regioni con maggiori problemi che operano in contesti demotivati e insostenibili”.

Regioni e Asl

Piuttosto che rischiare di non raggiungere alcun obiettivo, è quindi meglio – si legge ancora nel documento - abbassarli per renderli “sfidanti, ma raggiungibili”. Ma anche spostare l’ago della bilancia oggi fermo sugli obiettivi economici un po’ più verso la qualità, prevedendo “più correttamente un bilanciamento della prospettiva economica con quella dei volumi, della qualità e dell’appropriatezza dei servizi erogati, per evitare di promuovere comportamenti tesi al contenimento della spesa ottenuto però mediante tagli dei servizi e non grazie al miglioramento dei livelli di assistenza”.

I nuovi criteri, in prima applicazione, potrebbero basarsi sui risultati medi delle regioni “non in piano di rientro”, da declinare in termini di qualità, appropriatezza ed efficienza dell’offerta sanitaria per ciascun livello assistenziale “e non solo medico”, su cui è invece incentrato il decreto 68/2011 sulla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard, quasi dimenticando - sottolinea la proposta – “le altre dimensioni e macrolivelli assistenziali del sistema sanitario”.

In tal modo, quelli proposti alle Regioni saranno obiettivi “sfidanti”, che richiederanno “sforzi significativi”, ma che saranno comunque “raggiungibili” anche nelle Regioni più in difficoltà. Via via che le Regioni rientrano dalle loro crisi di bilancio grazie ad adeguate strategie orientate alla qualità ed alla riorganizzazione dei setting assistenziali, si potrà passare a un nuovo sistema di calcolo dei costi standard che sia ancora più sfidante e che dovrebbe prevedere standard di riferimento calcolati sulla media delle Regioni con risultati superiori alla media nazionale.

“Questo – ribadisce il documento - per garantire un processo continuo di miglioramento della qualità dei servizi e di miglioramento complessivo dei rendimenti del sistema sanitario nazionale, con risultati determinanti sulla crescita del prodotto interno lordo”.

Studi e Analisi

La sanità italiana tra cambiamento e sostenibilità economica.

La ricetta? I fondi integrativi e gli investimenti in ricerca e sviluppo

Sembrano queste le due ricette che imprese e studiosi, ma anche sindacati e rappresentanti dei cittadini hanno condiviso ieri a un convegno sulla sostenibilità del nostro Ssn promosso dall'Asis . Il primo allarme verrà dall'invecchiamento ma poi resta da fare i conti con un paese "imballato" che sembra incapace di intraprendere strade nuove per uscire dalla crisi



- Invecchiamento della popolazione, rimodellamento di un federalismo sanitario che sembra aver accresciuto le differenze territoriali, l'impatto dell'industria farmaceutica sulle voci di spesa e su possibili risparmi, la riorganizzazione dei profili gestionali e un maggior coinvolgimento dei fondi privati per costruire nuovi percorsi di sanità integrativa. Sono i temi, complessi e decisivi per il futuro del Ssn, su cui si sono confrontati alcuni dei principali attori della sanità italiana durante il convegno svoltosi ieri a

Roma su "Sostenibilità del Sistema sanitario: come innovare?", promosso da Asis (Associazione studi sull'industria della salute), dalla Fondazione Carlo Erba e dall'Istituto Luigi Sturzo.

I lavori si sono aperti con l'allarme lanciato da **Antonio Golini**, presidente dell'Istat. "Nel 2050 gli over 65 costituiranno circa un terzo della popolazione italiana a fronte dell'attuale 20%".

L'invecchiamento della popolazione rappresenta un trend in progressivo aumento. "Nel 2050 gli ultraottantenni saliranno – ha proseguito – dal 5,8% al 13,6%". Un fenomeno che apre scenari del tutto nuovi per la sanità del nostro Paese e che richiede una forte dose di innovazione per garantire la sostenibilità del sistema. In questo senso, un ruolo decisivo spetta ai flussi migratori.

"L'immigrazione determina benefici – ha osservato Golini – sia perché compensa gli squilibri quantitativi sia per il suo contributo decisivo sul tessuto occupazionale. La popolazione nata all'estero abbassa sensibilmente il tasso di dipendenza dagli over 65". Tuttavia sarà comunque indispensabile ripensare l'approccio ad alcune politiche sanitarie, in quanto le rilevazioni dell'Istat evidenziano che, di questo passo, "nel 2050 la spesa sanitaria per la popolazione fino a 64 anni assorbirà soltanto un terzo del totale, mentre ora ammonta a oltre la metà".

Studi e Analisi

Sul problema dell'**invecchiamento** ha puntato i riflettori anche **Grazia Labate** ([vedi relazione](#)), dell'Università di York. "I dati Eurostat segnalano che nei 27 Paesi dell'Ue la quota della popolazione over 65 rappresenta il 18%, mentre appena nel 1992 era al 14%. Cifre che sono destinate ad aumentare in quanto nel 2060 il 30% degli europei avrà almeno 60 anni". Un andamento che si ripercuoterà prima di tutto sul tessuto occupazionale. "In sostanza invece di 4 persone in età lavorativa per ogni pensionato ce ne saranno due. E contestualmente la spesa pubblica direttamente legata all'età salirà dal 25% al 29% circa del Pil, con la sola spesa per le pensioni che dall'11,3% attuale al 13% del 2060". Davanti trasformazioni così rapide e radicali è necessario mutare approccio, "adottando una visione integrata delle politiche e degli impatti di medio e lungo periodo". Le politiche incentrate soltanto sul breve termine e sull'emergenza non sono infatti più sufficienti. E in questo senso un ruolo fondamentale lo svolgerà il **Patto per la Salute** che però, al momento, "sembra pregiudicato dalla mancanza di determinazione dei fabbisogni sanitari e di conseguenza dei nuovi Lea". Esso dovrebbe invece essere in grado di "determinare il fabbisogno sanitario e sociosanitario, da cui far derivare i costi standard del sistema entro un periodo di riallineamento ragionevole per le Regioni in piano di rientro". E il Patto deve fornire anche l'occasione per "rivedere il titolo V della Costituzione per rimuovere dalla legislazione corrente materie di valenza generale che riguardano la fruibilità omogenea su tutto il territorio nazionale del diritto alla salute, si pensi al diritto alla salute".

Per avviare una nuova stagione è però importante anche modificare le categorie di analisi. "Gli anziani non vanno più considerati soggetti da assistere e basta - ha ragionato **Marco Trabucchi**, geriatra dell'Università di Tor Vergata - ma possono rappresentare anche una risorsa. Servono quindi interventi non solo sul piano clinico, ma anche su quello sociale". E' quindi prioritario costruire un adeguato contesto di riferimento, "senza limitarsi all'aspetto medico, ma puntando effettivamente sull'inclusione". L'invecchiamento e le malattie gravi "pongono però nuovi interrogativi - ha evidenziato **Fabrizio Gianfrate**, docente di Economia Sanitaria presso l'Università di Ferrara - che non riguardano esclusivamente gli aspetti operativi ma che si estendono sino ai temi etici". E in questo senso la farmaceutica ha una funzione centrale. "E' giusto investire in maniera consistente su un farmaco che allungherebbe la vita di tre mesi? Se sì, non si rischia poi di sottrarre risorse vitali in altri contesti? Se no, come lo si spiega ai familiari del malato che sicuramente saranno già venuti a conoscenza della possibilità per il loro congiunto?" Si tratta di quesiti densi di implicazioni che presuppongono una riflessione articolata perché una risposta incisiva è sempre più urgente.

La sostenibilità del Ssn passa anche per una riorganizzazione complessiva e in particolare "dipende in primo luogo dalla riforma del Titolo V della Costituzione", ha sottolineato **Emilia De Biasi**, presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato. "I 21 micro stati attuali mal si collegano al concetto di universalismo in quanto presentano troppe difformità". La risposta non può essere però quella di "accentrare tutti i poteri nel Ministero della Salute, poiché il Ssn è un valore di prossimità". Tuttavia alcuni cambiamenti sono indispensabili in quanto "il sistema attuale non è inquadrabile né nella categoria del federalismo né in quella del decentramento". E' quindi urgente e necessaria "una revisione del rapporto tra Stato e Regioni e di conseguenza anche del rapporto tra Stato e mercato". Qualsiasi tipo di scelta non può però "prescindere dal coinvolgimento del Parlamento, perché delegare tutto al governo è assolutamente impensabile". Nel complesso lo Stato ha il dovere di "ridefinire Linee guida e Lea e di compiere un ragionamento serio sull'universalismo selettivo: l'esenzione dei ticket al 70%, per esempio, non significa tutelare l'uguaglianza".

Studi e Analisi

Per invertire la rotta bisogna allora “passare da ipotesi di lavoro monetariste a ipotesi di visione, cercando maggiore coesione e collaborazione per interrompere – ha concluso – l’attuale contrapposizione tra gli attori del sistema”.

Conciliare innovazione e sostenibilità è dunque la sfida più impegnativa che il nostro Ssn si trova a dover affrontare. “Grazie ai progressi dell’industria farmaceutica l’aspettativa di vita è in costante aumento – ha osservato **Massimo Scaccabarozzi**, presidente Farindustria – Si tratta ovviamente di un fenomeno positivo, che però implica anche nuovi sforzi economici per assistere la sempre più numerosa popolazione anziana”. E in quest’ottica i farmaci non “possono venire considerati esclusivamente una fonte di spesa – ha ammonito – poiché è consistente il loro apporto in termini di prevenzione e di riduzione della spesa”. Un discorso analogo riguarda i vaccini, che ultimamente sono al centro di numerose polemiche circa la loro effettiva utilità. “Le cifre sono eloquenti – ha aggiunto Scaccabarozzi – basti pensare che per ogni euro investito in vaccini si risparmiano 24 euro in farmaci”. Il presidente di Farindustria avverte quindi che “servono proposte relative ai profili gestionali per monitorare in maniera efficiente tutte le voci di spesa. E’ invece inaccettabile qualsiasi ipotesi per il nostro comparto che preveda tagli perché le conseguenze sarebbero pesantissime per il tessuto lavorativo”. Ma non solo, in quanto gli effetti sarebbero accusati anche dallo stesso Ssn, “considerando che un giorno in ospedale costa mille euro al giorno, mentre un anno di assistenza farmaceutica ne costa circa 270”.

Il tema di una gestione efficiente è nodale anche secondo **Antonio Gaudio**, segretario generale di Cittadinanzattiva. “Esiste un grosso deficit di assunzione delle responsabilità che limita sensibilmente la capacità di comprendere dove intervenire”. Tutti gli attori del sistema sono quindi chiamati a una decisa assunzione di responsabilità “sulla base di un principio che deve valere per chiunque: a ogni protesta corrisponda automaticamente una proposta”. Si tratterebbe di un approccio efficace per “superare un modello troppo legato al concetto di emergenza che poi è alla base di tagli lineari e indiscriminati. Si continuano a chiedere sacrifici al Ssn per poi utilizzare le risorse risparmiate in altri settori. Questo meccanismo va arrestato al più presto”.

Altro tema caldo riguarda il Titolo V. “Il governo nazionale ha tentato di rispondere alle esigenze di federalismo e decentramento – ricorda **Pietro Cerrito**, responsabile politiche sanitarie e welfare della Cisl – senza varare e inserire regole ben definite per il funzionamento delle Regioni”. Non si può quindi prescindere da incisivi meccanismi di riorganizzazione che “devono però coinvolgere pienamente la componente umana, quel serbatoio di risorse che spesso, anche a titolo volontario o sobbarcandosi montagne di straordinari, ha mandato avanti l’intero Ssn. Dobbiamo coinvolgere pienamente l’enorme patrimonio umano di cui disponiamo”.

Sulla stessa lunghezza d’onda anche **Giuseppe Roma**, direttore generale del Censis: “La sostenibilità sociale del Ssn è stata garantita soprattutto da forme di volontariato profuse dagli operatori e da una presenza molto forte delle famiglie”. Serve però nuova linfa e per alimentarla “non si può considerare esclusivamente il tema della spesa, perché i tagli senza riorganizzazione non producono alcun risultato. All’abbattimento degli esborsi si accompagnino interventi per rendere più efficienti le strutture. Serve un’inversione di rotta, dato che il federalismo sanitario non ha funzionato: le differenze tra territori non sono diminuite, anzi in molti casi sono addirittura cresciute. Ma il paese sembra imballato e incapace di reagire”.

Studi e Analisi

Una maggiore sostenibilità del sistema passa anche attraverso un maggiore e diverso coinvolgimento dei soggetti privati. Ne è certa **Marcella Panucci**, direttore generale di Confindustria. “Un asse su cui costruire un nuovo corso è costituito dai fondi sanitari, che si devono diffondere tramite incentivi di carattere fiscale per le imprese che li sottoscrivono. Una dinamica di questo genere produrrebbe innumerevoli effetti benefici: in primis la riduzione del sommerso e una più elevata qualità. Il fondo è infatti acquirente qualificato di prestazioni sanitarie e può – ha concluso – imporre standard qualitativi”.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Atripalda. Domani il convegno presso la sala consiliare

Salute e ambiente, esperti a confronto

L'amministrazione comunale di Atripalda organizza per domani alle ore 17, presso la sala consiliare di piazza Municipio, un convegno dal tema: "Ambiente, Salute, Territorio".

Ai saluti del sindaco di Atripalda, Paolo Spagnuolo, faranno seguito gli interventi di Antonio Prezioso, assessore con delega all'ambiente del comune di Atripalda, del dott. Antonio D'Avanzo, presidente dell'ordine dei medici della provincia di Avellino; del dott.

Carmine Ferrara, oncologo presso la Città Ospedaliera di Avellino; del prof. Antonio Marfella, oncologo presso l'ospedale Pascale di Napoli, e di don Aniello Manganiello.

L'incontro sarà moderato dal dott. Filomeno Caruso, dell'associazione Isde Campania che ha tra gli obiettivi quello di stimolare e sollecitare l'impegno dei medici a promuovere e proteggere la salute tramite la salvaguardia e il miglioramento dell'ambiente.

L'ospedale



Proseguono le indagini della Dia sul nosocomio

Si tirano le somme dell'inchiesta che ha portato gli uomini della Dia di Napoli, a marzo fino a luglio scorso, a sequestrare gli atti che documentano alcuni appalti e gli affidamenti diretti che sono stati affidati

a diverse imprese. Gli appalti che hanno interessato la Dia sono relativi agli anni 2003 fino al 2013: dieci anni durante i quali sono stati concessi lavori a società intestate a persone insospettabili.

Il 'cimitero' delle cartelle cliniche

Ex manicomio Bianchi, migliaia di documenti abbandonati. Chiunque può accedere ai dati personali

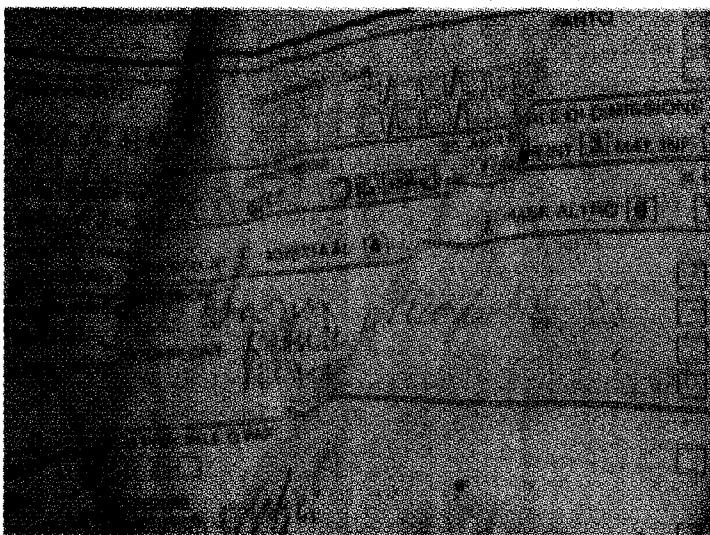
di Giancarlo Maria Palombi

NAPOLI - Una donna coi capelli corti, tagliati male come se la mano che ha inforcato le forbici fosse malata. E' nuda, chiusa su se stessa in posizione fetale. Seduta su un pavimento bagnato. Conta le linee di intersezione tra una piastrina e l'altra, righe ricoperte di sporco e muschio che, ironia della sorte, vengono chiamate 'fughe'. E' questa l'ultima immagine di vita, se così la si vuole chiamare, nell'ospedale psichiatrico 'Leonardo Bianchi' di Napoli. La descrizione risale al 1993, venti anni fa, quando l'allora deputato **Franco Greco** guidò una ispezione nel manicomio partenopeo. La 'città dei pazzi', così la chiamano ancora oggi i napoletani, un'area deserta di 300mila metri quadrati dove urlano ancora i ricordi di ottomila matti, il labirinto del dolore murato, cent'anni di sofferenza manicomiale chiamata "Ospedale psichiatrico Leonardo Bianchi". Erano ottomila, nel 2000 i superstiti erano 72, poi la chiusura definitiva anche se dai dati ufficiali del 'Siusa' (il sistema informativo unificato per le sovrintendenze archivistiche) l'apertura al pubblico segna due date: 1871-1983. Furo-no i Borbone a volere il nosocomio, la legge Basaglia a decretarne poco alla volta la chiusura. Oggi in questa immensa struttura resistono pochi uffici, alcuni dei quali occu-

pati da reparti di farmacia e da uffici distaccati dell'ente di previdenza sociale per le invalidità civili. L'abbandono graduale, la definitiva chiusura nel 2002, il disinteresse per la struttura e per chi la abitava, il suo carico di ombre e abusi, costituiscono una ferita che ancora non si rimargina. Ma le storie di chi ha vissuto in quegli edifici vivono ancora. Per avere accesso basta percorrere, dopo l'ingresso dalla porta centrale, un viale alberato. Si giunge davanti ad una palazzina dove al piano terra si trovano due uffici. Sulla destra, coperto da rovi e vecchie palme, un edificio con una grande veran-

da. E' qui che sono ancora custoditi i dati e le cartelle cliniche di matti e pazienti. Due i modi per accedervi; se si ha tempo a disposizione si può scavalcare il davanzale di una finestra rotta e rovistare all'interno di una stanza dai soffitti alti oltre i quattro metri. Trenta metri quadrati che ospitano scaffalature in legno e in ferro zeppe di fascicoli. Altrimenti basta infilare il braccio in uno dei fori presenti nella veranda e 'pescare' a caso tra le carte abbandonate. Tra "soggetti" sottoposti a "cure elettrolitiche", che "rifiutano il cibo e i momenti di socialità", spuntano anche documenti

relativi a dimissioni ospedaliere. Si tratta di 'carte' recenti, alcune delle quali datate dopo il 2002, ammassate l'una sull'altra, alla mercé del tempo e dei curiosi. Dati sensibili, di fatto, preda dell'incuria. Ed ecco che la storia di **S.M.**, donna di quarantadue anni ricoverata nel 2003 per una frattura alle costole e un politrauma diventa di pubblico accesso. La sua 'scheda' si confonde a migliaia di altri referti, molti dei quali sbiaditi dall'umidità e dalla pioggia che penetra nei vecchi caseggiati. L'impegno da parte delle istituzioni per la conservazione di alcuni 'lotti' della struttura c'è stato ma è impossibile recuperare il 'Leonardo Bianchi' senza un concreto intervento dello Stato. E allora l'esplorazione continua, tra viali lastricati di foglie lasciate cadere dal vento, cani randagi che hanno fatto degli androni dei caseggiati il loro ricovero e immagini sospese nel tempo che sembrano rapire il visitatore. Un lungo viale pieno di luce, poi il buio improvviso in una corte. Una gradinata e un'insegna sbiadita: "Sezione Uomini Due". E' qui, tra Calata Capodichino e l'aeroporto, in una parte di Napoli dove il rumore del vento è coperto dal rombo di aerei che si è fermata la libertà. Qui che lo Stato ha dimenticato i figli di un dio minore.



Nella foto una scheda di dimissioni dall'ospedale con referto

LA STORIA

Inaugurato nel 1871,
ospitava 8mila persone

NAPOLI (gmp) - Precursori, anzi pionieri. Questa è sempre stata la peculiarità degli uomini del Sud. Nel Regno di Napoli l'unica struttura che da sempre aveva accolto i malati di mente era stata l'ospedale degli Incurabili, che prevedeva anche uno spazio riservato a quella che veniva definita "pazzeria". Solo nel 1813 Gioacchino Murat emanava il decreto istitutivo della fondazione di uno stabilimento ad Aversa "deputato esclusivamente al ricovero dei malati di mente". Negli anni immediatamente successivi si cominciò a progettare un nuovo manicomio a Napoli. Qui vennero dirottati i malati di mente dalle strutture di Nocera Inferiore e Salerno. La struttura ha ospitato pazienti fino al 2002 hanno della totale chiusura al pubblica. Per diverso tempo hanno resistito all'interno 'ospiti' presi in cura da cooperative sociali e volontari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL RECUPERO

Gli archivi storici
riqualificati nel 1999

NAPOLI (gmp) - Non è solo abbandono quello che caratterizza il 'Leonardo Bianchi'. L'impegno di dirigenti sanitari, ricercatori e medici ha portato negli anni scorsi a recuperare e riqualificare gli archivi storici del manicomio partenopeo. Le carte dell'archivio del 'Bianchi' erano relegate, fino al lavoro di riordinamento, in condizioni estremamente precarie in alcuni scantinati della struttura ospedaliera. Dopo un lavoro di recupero e di bonifica, si è proceduto all'ordinamento e all'inventariazione informatizzata della documentazione amministrativa, costituita da 2436 unità tra registri e fascicoli, prodotta tra il 1871 e il 1999. Purtroppo gran parte dei documenti è di natura amministrativa, in quanto gli archivisti preferivano conservare con cura gli incartamenti relativi a spese piuttosto che cartelle cliniche che potessero documentare le sperimentazioni sui pazienti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità La proposta Cisl piace a Squillante dopo il muro contro muro coi sindaci

Ospedali, ecco tutti i tagli nei reparti

Eboli perde ginecologia e pediatria, Battipaglia l'Utic A Oliveto sparisce urologia

Maria Rosaria Sica

EBOLI. In dirittura d'arrivo il piano di riconversione della rete ospedaliera, a consegnare il programma di riconversione è la Cisl. Dopo la consegna da parte dei sindaci delle proposte che non hanno soddisfatto il direttore generale dell'Asl Antonio Squillante, in quanto prevedevano il mantenimento di tutti i reparti e nessuna riduzione di posti letto, arriva la proposta dei sindacati. Pietro Antonacchio, segretario generale Cisl: «Abbiamo formulato una proposta che coniughi la salvaguarda dei Lea (livelli essenziali di assistenza) e delle attività relative all'emergenza urgenza con il rispetto dei tetti di spesa».

Lo scorso 30 ottobre Squillante senza mezzi termini ha chiarito che se non fosse giunta sulla sua scrivania una proposta che prevedesse accorpamenti di reparti e riduzioni di posti letto, avrebbe preso la decisione più drastica senza il supporto e il benessere di nessuno. A seguito di tali dichiarazioni le proposte di alcuni sindaci sono arrivate ma non corrispondevano a quanto chiesto dal direttore generale. A salvare la situazione sembra essere arrivata la proposta della Cisl per una riorganizzazione funzionale rispondente alle richieste regionali in tema di spending review, che prevede accorpamenti e soppressioni di unità operative complesse con la riduzione di posti letto e che consente di garantire la qualità delle

prestazioni erogate in regime di ricovero.

La proposta prevede la soppressione ad Eboli dei reparti di ostetricia, ginecologia e pediatria a favore dell'ospedale di Battipaglia, dove sarà trasferito il personale medico e ostetrico con una riduzione di 23 posti letto. Resta al suo posto anche il reparto di malattie infettive. A Battipaglia saranno soppressi il reparto di immunologia del polmone ed epatologia, la Utic che sarà trasferita ad Eboli, saranno ridotti i posti letto di cardiologia, con una perdita totale di 12 posti letto. Ad Oliveto Citra verrà soppresso il reparto di urologia, le cui competenze passano ad Eboli, mantenendo in totale 89 posti letto. Il presidio ospedaliero di Roccamare riduce i reparti di medicina, da 20 a 15 posti letto, lungodegenti da 9 a 4 posti letto, chirurgia generale da 20 a 15 posti letto, con una riduzione totale di 15 posti letto.

In questo modo il futuro Ospedale della Valle del Sele ospiterebbe in totale 408 posti letto, contro i 458 dell'attuale configurazione. «Finalmente una proposta coerente con il decreto 49 ed il successivo decreto 82, dal momento che i sindaci non hanno avanzato proposte accettabili - annota il manager Asl - Credo si possa lavorare su questo. Mi sembra appropriato, con qualche lievissima modifica, ma in linea di massima, rappresenta una quadro reale della situazione». A questo punto si attende la fine dell'anno per la conferma ufficiale dei tagli e dell'accorpamento degli ospedali di Eboli e Battipaglia con un unico direttore sanitario.



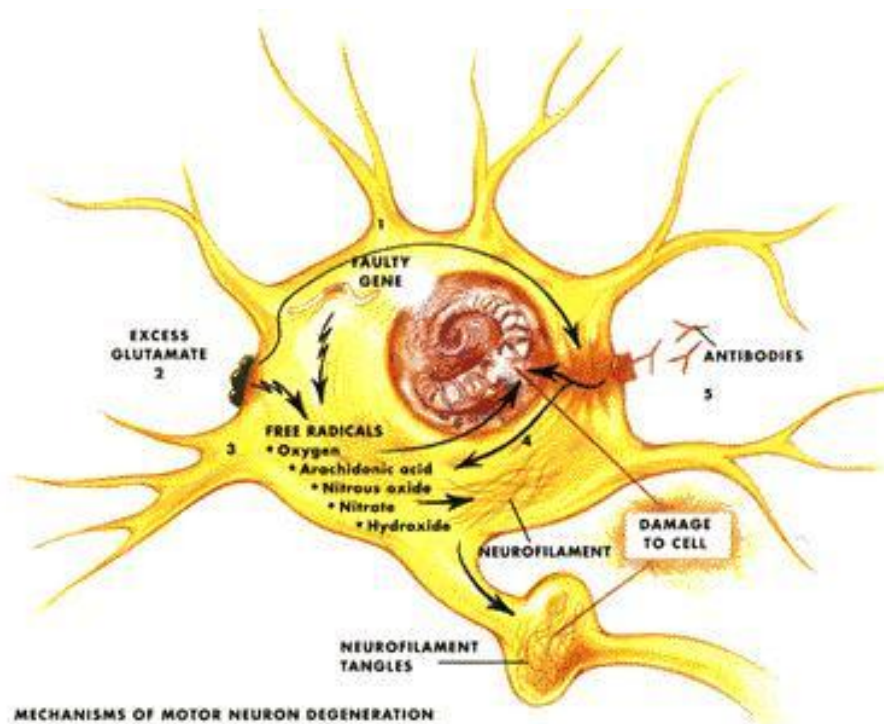
Nel frattempo il sindaco di Eboli, Martino Melchionda, scrive a Squillante in merito alle problematiche legate alla sanità locale: «Il disegno del sistema ospedaliero appare già definito: l'area del Sele - e, dunque, Eboli, Battipaglia, Oliveto Citra, Roccamare ed Agropoli - è stata ampiamente mortificata. Lo dimostrano i dati: nell'area a Nord della Provincia di Salerno i posti letto sono 612, nell'area del Sele sono 328 e 80 di riabilitazione, nell'area del Cilento sono 655. Intendo precisare che ai sindaci può essere chiesto di formulare proposte o valutazioni di merito, ma non può essere addossata sui medesimi la responsabilità di scelte che appartengono alla direzione sanitaria e all'autorità regionale». Insomma, il sindaco chiede di sapere sulla base di quali dati si possono formulare proposte vere, dato che ancora non si conosce l'effettiva intenzione dell'Azienda sanitaria.

+



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



»» | Nuove prospettive grazie alle cellule staminali neurali

Nella neurobiologia crescono le aspettative

di CARLA PERRONE CAPANO *, MARIANNA CRISPINO ** e UMBERTO DI PORZIO ***

Aveva ragione Joseph Glanvill, membro fondatore della Royal Society, l'accademia nazionale inglese delle scienze, quando nel 1661 disse: «Può essere che, tra alcuni secoli... il ripristino dei capelli grigi al colore giovanile e il rinnovo del midollo esausto possa alla lunga avvenire senza un miracolo». Oggi sappiamo che, al di là del sogno dell'eterna giovinezza, la ricerca sulle cellule staminali ha completamente rivoluzionato la nostra conoscenza della biologia e del corpo umano, grazie anche alle recenti scoperte sulle cellule staminali pluripotenti indotte (iPSC). Gli studi sulle iPSC hanno dimostrato che si possono riprogrammare cellule adulte definitivamente differenziate facendole diventare embrionali pluripotenti, in grado, cioè, di generare cellule con caratteristiche dei vari tipi cellulari di un organismo. Questi studi hanno portato all'attribuzione del premio Nobel 2012 per la Medicina a J. Gurdon e S. Yamanaka.

Le cellule staminali rappresentano oggi uno dei più importanti temi di studio nell'ambito della ricerca biomedica sia dal punto di vista della comprensione dei meccanismi patogenetici che per lo sviluppo di nuove terapie per un vasto numero di malattie. Inoltre, le cellule staminali costituiscono un deposito di cellule essenziale per il mantenimento dell'organismo adulto: sono presenti nei vari tessuti in «nicchie» che ne consentono

la sopravvivenza, la proliferazione e la trasformazione nei diversi tipi cellulari che formano i tessuti, funzionando come una sorta di serbatoio vitale che garantisce il continuo ricambio delle cellule dell'organismo.

Uno dei campi biomedici in cui la scoperta delle cellule staminali ha destato maggiore stupore e suscita maggiori aspettative è la neurobiologia. La recente scoperta che nel cervello dei mammiferi adulti sono presenti cellule staminali neurali ha rivoluzionato alcuni concetti fondamentali delle neuroscienze, come ad esempio i meccanismi della memoria e dell'apprendimento, e ha imposto una loro revisione. Data la loro singolare abilità rigenerativa, le cellule staminali offrono quindi enormi potenzialità per il trattamento di patologie del Sistema Nervoso finora ritenute incurabili.

Da questo punto di vista, nuovi approcci molto promettenti mirano a stimolare la popolazione endogena di cellule staminali cerebrali per rimpiazzare i neuroni morti o non funzionanti, e auto-riparare il cervello malato. Inoltre, le iPSC umane, ottenute ad esempio da cellule della pelle, offrono oggi la possibilità di generare cellule del Sistema nervoso da pazienti con malattie neurologiche e studiarle usando colture cellulari in laboratorio, per analizzare le loro caratteristiche e le loro risposte a farmaci.

Il trapianto di neuroni derivati dal-

le iPSC in modelli animali di malattie del Sistema nervoso sta fornendo nuove informazioni sui loro meccanismi d'azione, espandendone le potenzialità terapeutiche.

Ad esempio, un recente lavoro del gruppo della professoressa Elena Cattaneo e collaboratori, dimostra che cellule staminali trapiantate in modelli animali di sclerosi multipla esercitano un benefico effetto neuroprotettivo non attraverso sostituzione cellulare, ma attraverso la secrezione di fattori che promuovono la sopravvivenza, la differenziazione e le funzioni delle cellule del Sistema nervoso colpite dalla malattia.

Nonostante i continui progressi della ricerca nel campo delle cellule staminali, molto lavoro resta ancora da fare per capire come usare queste cellule in modo sicuro ed efficace. La ricerca sulle cellule staminali resta pertanto una delle aree più affascinanti della biologia contemporanea e, pur sollevando a volte questioni etiche, rappresenta una delle più promettenti sfide per il genere umano.

* Professore di Fisiologia
Università degli Studi
di Napoli Federico II

** Professore di Fisiologia
Università degli Studi
di Napoli Federico II

*** Direttore di ricerca
in Neuroscienze, Igb «Adriano
Buzzati Traverso»,
Cnr, Napoli

» Contraddizioni

Salute, speranza e normativa

di LORENZO CHIEFFI *

L'impiego delle cellule staminali è ancora una volta al centro di un'accesa discussione nel nostro Paese. Alle perplessità provocate dal persistente divieto, imposto dal legislatore, a un uso sperimentale di cellule prelevate da embrioni crioconservati, pure se abbandonati e quindi destinati alla naturale distruzione, si aggiungono quelle legate all'obbligo imposto al Sistema Sanitario Nazionale, da parte di numerosi giudici del lavoro, di avviare una terapia a base di cellule mesenchimali, con l'effetto di alimentare ingiustificate aspettative per i malati e i loro familiari. L'assenza di presupposti di scientificità e sicurezza e della stessa originalità del metodo utilizzato dalla Stamina Foundation, affatto riproducibile, hanno infatti indotto il ministero della Salute a vietare, in via precauzionale, la prosecuzione della sperimentazione già avviata, a seguito del responso negativo manifestato dal Comitato di esperti in precedenza incaricato di esprimere un giudizio sulla sua utilità. In presenza di siffatta preclusione, incomprensibile è allora la decisione assunta nel trascorso mese di ottobre da un giudice pesarese di disapplicare la normativa vigente sulla sperimentazione (dal D.M. 5 dicembre 2006 alla più recente, la legge 57 del 2013) con l'intento di imporre, sull'esempio di quanto in precedenza disposto da numerosi altri Tribunali, l'impiego di queste cellule da parte delle strutture sanitarie pubbliche, nonostante l'assenza dei presupposti di validità della sperimentazione e in assoluto dispregio delle più diffuse regole poste alla base del metodo scientifico. Nel derogare alle prescrizioni della deontologia medica (articolo 49), contrarie all'impiego sul paziente di rimedi «razionalmente insuscettibili di utilità diagnostica o terapeutica», il disinteresse per il divieto ministeriale appare pure irrispettoso degli impegni internazionali, assunti dall'Italia con la sottoscrizione della Convenzione di Oviedo del 1997 (articolo 17), che in presenza di soggetti fragili, come i minori, consentono solo ricerche da cui possano attendersi risultati favorevoli alla loro salute e, quin-

di, in grado di arrecare un «rischio minimo», proporzionato al vantaggio che ne potrebbe derivare dalla sperimentazione. Lo stesso approccio personalista, cui si ispira la nostra Carta Costituzionale, verrebbe a escludere qualunque interpretazione utilitarista e scienziata della pratica medica incapace di assicurare, alla luce delle conoscenze acquisite, un sia pure probabile beneficio per la salute del paziente. L'uso compassionevole delle cellule mesenchimali, che richiama alla mente il filone giurisprudenziale sviluppatosi sul finire degli anni '90 intorno al metodo ideato, per assistere i malati terminali «orfani di terapia», dal medico bolognese Giuseppe Di Bella, oltre a determinare un ingiustificato aggravio per le casse dello Stato, appare pure foriero di possibili discriminazioni tra quanti sono stati ammessi o, al contrario, esclusi dal trattamento, a seguito di pronunce dei giudici di diverso orientamento. Senza affatto dismettere l'impegno del Ssn a sviluppare studi, rispettosi del metodo scientifico, destinati a porre rimedio alle malattie rare o comunque prive di adeguate terapie, non appare allora giustificabile, alla luce della normativa vigente, l'impiego, sia pure pietoso, di terapie difformi dalle regole ampiamente osservate a livello internazionale e, soprattutto, indispensabili per avviare una sperimentazione di qualsivoglia rimedio terapeutico.

* Seconda Università
degli Studi di Napoli
Direttore Cirb, Centro
Interuniversitario di Ricerca Bioetica

A dicembre c'è Inguscio

La prossima conferenza del ciclo «Come alla corte di Federico II ovvero parlando e riparlato di scienza» è in programma per giovedì 19 dicembre, alle 20.30, nell'Aula magna del Centro congressi fridericiano di via Partenope, 36. Massimo Inguscio, dell'Università degli Studi di Firenze, parlerà sul tema: «E fu subito luce... laser».

Salute I grassi nel sangue fanno meno paura. Medicinali soltanto ai livelli più alti

Meno farmaci contro il colesterolo

Si punta su dieta e attività fisica

Le linee guida Usa rivedono i rapporti con le malattie cardiache

Il messaggio dei cardiologi americani è chiaro: non dobbiamo più «curare il colesterolo, ma i pazienti», e preoccuparci del rischio reale che una persona vada incontro a infarto o ictus quando il livello dei suoi grassi nel sangue è troppo elevato.

Negli Stati Uniti sono state appena pubblicate nuove linee guida che cambiano la strategia di prevenzione della malattie cardiovascolari (il colesterolo, infatti, rappresenta un fattore predisponente, insieme a molti altri). Secondo questo nuovo approccio, i pazienti vengono divisi in due gruppi: quelli che hanno già avuto problemi cardiovascolari e quelli che hanno il colesterolo alto, ma non hanno disturbi.

Nel primo gruppo il suggerimento è comunque quello di somministrare statine (i più usati farmaci anti colesterolo) alle dosi indicate dagli studi clinici. E questa si chiama prevenzione secondaria.

Nell'altro caso (che si chiama prevenzione primaria, che vuole cioè impedire che una patologia

si manifesti) la situazione si complica e cominciano a distinguere: il colesterolo, infatti, non è una malattia, ma solo un marcatore, cioè una spia di pericolo che va valutata tenendo conto della situazione complessiva, caso per caso. E poi di «colesterolo» ne esistono due tipi: l'Ldl, il cosiddetto colesterolo «cattivo» il cui livello ideale nel sangue dovrebbe essere inferiore ai 130 milligrammi per decilitro (mg/dl) di sangue, e l'Hdl, quello «buono» che dovrebbe essere superiore ai 60.

Ecco allora che gli americani suggeriscono di mettere in terapia farmacologica persone con più di 21 anni che hanno l'Ldl al di sopra di 190 mg/dl (sono quelli in cui l'aumento di questa sostanza ha cause genetiche), i soggetti diabetici e tutti coloro che hanno una probabilità di andare incontro a problemi cardiovascolari perché hanno altri fattori di rischio: il fumo, la pressione arteriosa elevata o una ridotta presenza di Hdl.

In tutti gli altri casi, come si dice «borderline» o di confine, che

non rientrano in queste categorie, il suggerimento è quello di ricorrere ad altri sistemi per ridurre il colesterolo, come la dieta o l'attività fisica.

Le nuove linee guida americane hanno il pregio di rimettere in prima linea la clinica (cioè il paziente) e, in seconda, il laboratorio (e cioè il livello del colesterolo nel sangue). E potranno anche avere delle ripercussioni in Europa, dove, però, la situazione è un po' diversa. Per esempio, secondo le linee guida europee i pazienti che hanno avuto incidenti cardiovascolari vengono messi in terapia quando hanno valori di colesterolo più alti rispetto a quelli previsti dagli americani: noi, cioè, siamo un po' meno aggressivi sulla terapia.

«Anche le nostre regole guardano ai valori di laboratorio — commenta Cesare Sirtori, direttore del Centro Dislipidemie dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano — ma noi siamo da sempre più attenti ai pazienti».

Insomma, lo «spettro coleste-

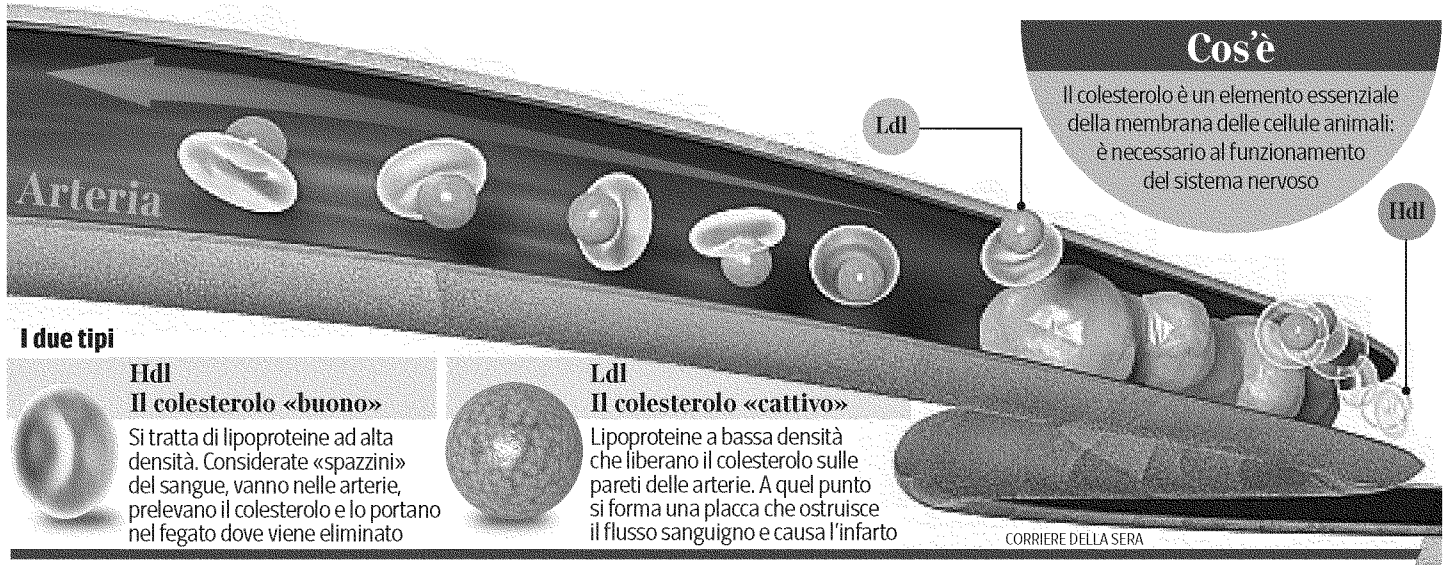
rolo» assume nuove connotazioni e viene reinterpretato dalla clinica. Forse si è anche esagerato nel propagandarlo come il «nemico numero uno per la nostra salute cardiovascolare».

E si ha anche la sensazione che l'atteggiamento aggressivo del passato nei confronti di questa condizione clinica (terapia a tutti i costi per ridurre i «valori bersaglio» dei test di laboratorio) sia stata dettata più da interessi commerciali di chi voleva vendere farmaci che da serene valutazioni cliniche. Ora che molte medicine hanno perduto il brevetto, si ritorna a scelte più ragionate. «Noi cerchiamo anche di prendere in considerazione elementi — aggiunge Sirtori — che gli americani hanno trascurato. Per esempio: anche i trigliceridi hanno la loro importanza. E ci sono anche altri farmaci che possono essere utili per ridurre colesterolo e trigliceridi che gli americani hanno ignorato nelle loro linee guida».

Adriana Bazzi

abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cos'è
Il colesterolo è un elemento essenziale della membrana delle cellule animali: è necessario al funzionamento del sistema nervoso

I due tipi

Hdl
Il colesterolo «buono»
Si tratta di lipoproteine ad alta densità. Considerate «spazzini» del sangue, vanno nelle arterie, prelevano il colesterolo e lo portano nel fegato dove viene eliminato

Ldl
Il colesterolo «cattivo»
Lipoproteine a bassa densità che liberano il colesterolo sulle pareti delle arterie. A quel punto si forma una placca che ostruisce il flusso sanguigno e causa l'infarto

CORRIERE DELLA SERA

Valori ottimali del colesterolo totale: 170-180 mg/dl

100-150
Persone con valori tra 700 e 800 mg/dl

50-100 mila
Con valori tra 350 e 400 mg/dl

5 milioni
Con valori attorno ai 250 mg/dl

10 milioni
Hanno colesterolo alto, trigliceridi elevati (oltre 250 mg/dl) e Hdl basso (sotto i 50 mg/dl per la donna; 40 per l'uomo)

I consigli

Per far salire il colesterolo «buono» si deve:

- Nuotare
- Correre
- Andare in bicicletta

Per far scendere il colesterolo «cattivo» bisogna:

- Fare una dieta
- Perdere peso
- Prendere farmaci

