



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



LO SVILUPPO FUTURO

Programma nazionale riforme: sostenibilità guida del Ssn

Nel 2014-2015 si dovranno incrementare l'efficienza e la sostenibilità finanziaria del Ssn, assicurando un più elevato livello di benessere e di salute della popolazione. Migliorare la qualità dei servizi, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e garantire standard elevati del sistema universale di assistenza. Migliorare l'assistenza territoriale e l'efficacia dei trattamenti. Ma anche riorganizzare e migliorare l'offerta sanitaria per assicurare a tutti i residenti rapidità dei servizi di emergenza e diagnostica.

Queste le linee su cui si basa il Programma nazionale di riforma che fa parte integrante del Def.

Il Ssn - si legge - ha oggi di fronte una sfida assistenziale imponente per conciliare il mantenimento degli standard e dei risultati conseguiti con le esigenze di razionalizzazione della spesa pubblica. In questo comparto vi sono gli

spazi per la riduzione di aree di spreco e per l'allineamento delle spese ai costi standard. La sostenibilità finanziaria del Ssn nel medio-lungo periodo, anche in relazione alle tendenze demografiche in atto, ha come punto di partenza lo sviluppo del modello di governance del settore sanitario. Allo stesso tempo si basa sul ripensamento dell'attuale modello di assistenza, con l'obiettivo di garantire prestazioni non incondizionate, ma rivolte principalmente a chi ne ha effettivamente bisogno.

La strada indicata prevede di rafforzare le politiche legate alla prevenzione, con investimenti anche allargati a settori diversi da quello sanitario, che contribuiscano a limitare il ricorso al Ssn per finalità di cura, sia in termini di accessi che di livello delle cure richieste.

In questo senso si dovrà predisporre il nuovo Piano nazionale di prevenzione, attraverso la modifica e l'aggiornamento di quello attuale, con la massima attenzione a: prevenzione di tutti i comportamenti a rischio; tossicodipendenze; piano nazionale per le vaccinazioni; interventi per la sicurezza

sul lavoro.

Va poi sistematizzata la raccolta dati per rendere operativo il fascicolo sanitario elettronico ad aiutare così anche le valutazioni dei decisori. In generale, va dato impulso all'informaticizzazione dei processi di assistenza, allo sviluppo e alla diffusione della sanità elettronica in modo che la sanità in rete divenga una componente strutturale del Ssn.

Per quanto riguarda la programmazione si deve perfezionare il nuovo Patto per la salute per il triennio 2014-2016, definendo gli aspetti finanziari e programmatici tra Governo e Regioni correlati al Ssn.

Va anche riorganizzato il livello assistenziale ospedaliero con trasferimento di attività a livello territoriale potenziandone la rete dei servizi e il ruolo delle farmacie convenzionate e in particolare la farmacia dei servizi.

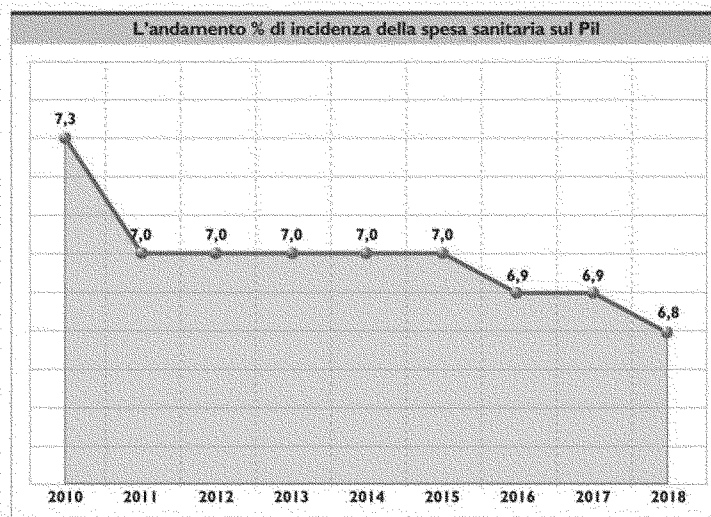
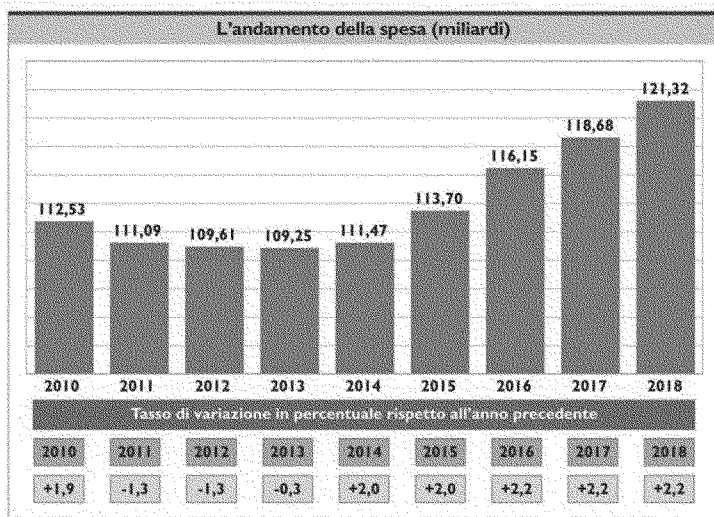
Si deve poi rafforzare, insieme alle Regioni, il monitoraggio

gio dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei Lea e promuovere in ogni ambito la trasparenza funzionale alla comunicazione con il cittadino e al controllo di legalità.

Va ridisegnato il perimetro dei Lea e adottato l'approccio dell'Health Technology Assessment, per identificare le opzioni assistenziali più efficaci dal punto di vista dei costi e per i pazienti.

E si deve definire una regia nazionale per mantenere l'unitarietà del Ssn e per garantire l'equità di accesso sul piano territoriale, portando a compimento e migliorando le scelte attuate nella scorsa legislatura in tema di responsabilità professionale e di precariato nelle professioni sanitarie.

Sprint a Patto, informatizzazione, nuovi Lea e a una nuova prevenzione



«Più efficienza e meno sprechi Ecco come cambierò la Sanità»

Il ministro Lorenzin: senza riforme fra tre o quattro anni crolla tutto

FIRMATA la bozza di accordo Stato-Regioni con il quale verranno definite nuove competenze avanzate e specialistiche per gli infermieri

“ I NODI
DA SCIogliere

La popolazione invecchia, ma negli ultimi cinque anni la Sanità ha subito tagli per 25 miliardi: così non si può andare avanti

“ ALLEANZA
IMPOSSIBILE

Forza Italia è in difficoltà. Gli elettori moderati delusi piuttosto che votare Pd potranno scegliere l'Ncd e ricostruire il centro destra

di ANDREA
CANGINI

ROMA

Ministro Lorenzin, nel Def il governo ha scritto che il sistema sanitario nazionale va ripensato, in che senso?

«Nel senso che, così com'è, può reggere per altri tre o quattro anni, dopo di che senza interventi comincerebbe a cedere».

Qual è il problema?

«Dobbiamo adeguarci ai mutamenti della società e rendere più efficienti le prestazioni senza gravare sulle tasche degli italiani. A fronte del progressivo invecchiamento della popolazione, negli ultimi cinque anni la Sanità ha subito tagli lineari per 25 miliardi. Così non si può andare avanti».

Come pensate di intervenire?

«Stiamo rivedendo la spesa per l'acquisto di beni e servizi, faremo in modo di evitare le degenze ospedaliere inutili che producono costi altissimi, e grazie all'informatizzazione otterremo consistenti risparmi e un servizio più efficiente. Col Patto per la salute, poi, abbiamo previsto un meccanismo di ristrutturazione della spesa sanitaria e i risparmi andranno reinvestiti nel settore».

La Sanità è in mano alle Regioni, le pare che le cose vadano bene?

«No, affatto. Basti pensare che la metà delle Regioni per questo è commissariata. Occorre una riforma strutturale che passerà anche

per un ripensamento dei ticket, per evitare che ad approfittarne siano anche gli evasori fiscali. Pensi che in alcune Regioni la media del 25% per le esenzioni arriva all'80%. Di sicuro, non rinunceremo al modello universalistico per cui tutti hanno comunque diritto al massimo delle cure».

Ci mancherebbe...

«Scherza? Lo sa che in alcuni paesi del Nord Europa oltre un certo limite di età la Sanità pubblica rifiuta di effettuare trapianti o di erogare farmaci costosi? Beh, per noi sarebbe inaccettabile».

Di fatto, i vertici delle Asl e i primari ospedalieri sono di nomina politica...

«I primari e i direttori sanitari dovrebbero stare a mille miglia dalla politica».

Dovrebbero, ma non è così.

«Lo so, ma non sta scritto da nessuna parte che un primario debba essere valutato per altro se non per le proprie capacità, come avviene per un direttore sanitario».

All'ospedale romano Pertini hanno impiantato ad una donna gli embrioni di un'altra...

«Una storia sconcertante, ma prima di parlarne attendo il parere degli ispettori ministeriali e della commissione regionale».

Crede che l'episodio verrà usato da chi è contrario alla fecondazione eterologa?

«Lo escludo. Vorrei che quando trattiamo questi temi ci ricordassimo che c'è la sofferenza di tante persone ed evitassimo scontri cercando invece di usare il buon senso».

Cosa pensa della sentenza della Consulta che ha legalizzato la fecondazione eterologa?

«Ciò che penso io è irrilevante, di sicuro farò in modo che la legge sia applicata. Ma è chiaro che occorrono interventi normativi».

Di che genere?

«Ci sono questioni nuove da regolamentare: l'anonimato dei donatori, se e quando informare i figli, costituire un registro per evitare incontri tra consanguinei. Tutte cose che dovrà discutere il parlamento. Di mio, dico solo che la gratuità della donazione dovrà essere chiara: non tollererò alcuna commercializzazione».

Ministro, lei è un dirigente del Ncd: è pensabile un'alleanza con FI alle prossime politiche?

«Oggi non ci sono le condizioni, stiamo andando divisi e vedo rancori incomprensibili. Noi sosteniamo il governo perché amiamo l'Italia e abbiamo voluto evitare una crisi al buio che sarebbe stata letale per il Paese».

Se la legislatura arriverà alla fine, dovreste porvi il problema di un'alleanza con Renzi...

«Mah, guardi, il mio orizzonte dall'inizio della legislatura va avanti di tre mesi in tre mesi, ragionare di quel che accadrà nel 2018 sarebbe a dir poco spericolato. Quel che conta, oggi, è che gli elettori delusi da FI piuttosto che votare Pd potranno votare Nuovo centro destra e ricostruire il centro destra italiano».



I NUMERI

110

MILIARDI DI EURO

È l'entità del Fondo sanitario nazionale. «Il sistema — ha detto il ministro —, ha margini di efficientamento alti, ma serve trasparenza nella gestione delle risorse»

60

PER CENTO

Gli impegni presi nel 2009 con il Patto tra Stato e Regioni che sono ancora lettera morta. «Dobbiamo segnare una nuova fase. Serve certezza di budget per i prossimi tre anni»

900

MILIONI DI EURO

La cifra che, secondo il ministro, è possibile recuperare per rifare i Livelli essenziali di assistenza (Lea), che in Italia sono fermi ormai da 12 anni





Il tema della sanità rappresenta uno dei principali punti delle agende politiche dei Paesi occidentali". Con queste parole il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha aperto gli Stati generali della salute, che si sono svolti presso l'Auditorium Parco della Musica di Roma, l'8 e il 9 aprile scorsi. Alla prima giornata era presente anche il capo dello Stato Giorgio Napolitano, ed è intervenuto il premier Matteo Renzi, che ha affrontato il tema della spending review in sanità. "È evidente che la revisione della spesa va fatta, è una priorità - ha detto il presidente del Consiglio -. Il criterio chiave è che chi ha preso troppo deve restituire quello che ha avuto alle famiglie che sono sotto i 1500 euro al mese e che non ce la fanno più. Non ci sarà per nessun manager della Asl la possibilità di superare il tetto di stipendio previsto per i manager pubblici". Il ministro Lorenzin, nel suo intervento di apertura, ha sottolineato come il sistema in questi anni sia "cambiato e ricambiato più volte, con il passaggio al federalismo che ha generato enormi criticità, in primis l'esplosione della spesa pubblica e il conseguente commissariamento di quasi metà delle regioni italiane". Oggi ancora "godiamo i frutti della nostra Costituzione, che è patrimonio di tutti. Ed è per questo che possiamo contare sull'universalismo e su cure di altissimo livello e qualità, che non sono assolutamente elementi scontati". Però tutti "siamo chiamati a interrogarci su come rendere sostenibile il sistema, soprattutto in relazione a temi

inesorabili come il contenimento della spesa pubblica e l'invecchiamento della popolazione con cui siamo chiamati a confrontarci ogni giorno. Per questo è necessaria una strategia comune, per capire dove andrà il Ssn nei prossimi e decisivi dieci-quindici anni". Il ministro ha poi ricordato che "veniamo da un periodo in cui il Ssn ha dato indietro 25 miliardi. Ora però è arrivato il momento di aprire una nuova stagione, bisogna assolutamente cambiare fase, servono rigore e programmazione in modo da costruire nuove certezze. In questo anno, anche grazie al lavoro del presidente della Repubblica, siamo riusciti a evitare nuovi tagli lineari nel 2013". Meccanismi per una maggiore efficienza "sono ancora possibili, puntando su un sistema trasparente di controllo sull'erogazione delle prestazioni". Le governance "sono infatti chiamate a gestire con responsabilità oltre 100 miliardi di euro del Fsn". Lorenzin ha chiamato le Regioni a un'importante assunzione di responsabilità, "poiché devono capire che è arrivato il momento di dare una vera scossa, con impegni chiari, misurati e quantificati". In tal senso un ruolo fondamentale lo assume il Patto per la Salute "che costituisce un contratto tra Stato e Regioni e che dovrà essere molto più incisivo di quello del 2009, che per il 60% è rimasto lettera morta". La priorità sarà quindi quella di "garantire una certezza di budget, affinché si arrivi a una solida programmazione. E se qualcuno non dovesse rispettare i punti, allora si agirà a livello centrale".

A PAG. 23

Corte Ue

**Si paga l'Iva
sulle somme
versate
dalle Casse
malattia
alle strutture
per anziani**

CORTE UE

Anziani, si paga l'Iva sui fondi ai centri

**Niente sconti
sulle somme
versate da una
cassa malattia**

Le sovvenzioni ricevute a titolo di integrazione dei corrispettivi spettanti a fronte delle prestazioni di cure rese da una struttura residenziale per anziani non possono considerarsi escluse dal campo di applicazione dell'Iva.

Il chiarimento arriva dalla Corte di giustizia europea che, con la **sentenza 27 marzo 2014**, nella causa C-151/13, si è pronunciata per dirimere una controversia interpretativa sorta nell'ambito di un contenzioso pendente in Francia.

Una società francese gestisce un centro per anziani non autosufficienti e riceve, a titolo di "forfait cure", alcune somme da una cassa di assicurazione malattia. Ritenendo che tali somme dovessero qualificarsi come estranee all'ambito di applicazione dell'Iva e, pertanto, non influenzassero come corrispettivo per operazioni esenti il pro rata di detrazione, il contribuente ha rettificato l'imposta già computata a credito e ne ha chiesto il rimborso all'amministrazione finanziaria.

Quest'ultima, invece, ha concluso che gli importi in questione rientrano in un sistema di tariffazione fra la struttura e l'ente assicurativo e che esiste perciò una stretta connessione fra le prestazioni di cura che il centro fornisce agli anziani e i versamenti eseguiti dalla cassa.

Il contribuente non ha condiviso queste conclusioni, reputando che le stesse siano in contrasto con la normativa comunitaria di riferimento, atteso che le modalità di calcolo del forfait e altre sue caratteristiche non consenti-

rebbero di qualificarlo come una «sovvenzione direttamente connessa al prezzo» delle prestazioni.

La questione è stata così portata all'attenzione della Corte amministrativa d'appello che, a sua volta, l'ha sottoposta alla Corte di giustizia per ricevere indicazioni su come vada interpretata la normativa di riferimento.

I giudici di Lussemburgo hanno richiamato la propria consolidata giurisprudenza per risolvere il dubbio interpretativo. In particolare, ha ricordato loro anzitutto che sono soggette a Iva solo le «prestazioni di servizi effettuate a titolo oneroso». Ebbene, per interpretazione costante, l'onerosità della prestazione può dirsi sussistente solo quando tra il prestatore e l'utente intercorra un rapporto giuridico in cui avvenga uno scambio di reciproche prestazioni, nel quale il compenso ricevuto dal prestatore costituisca il controvalore effettivo del servizio prestato.

Inoltre, la base imponibile ai fini Iva comprende «tutto ciò che costituisce il corrispettivo versato o da versare al fornitore o al prestatore per tali operazioni da parte dell'acquirente, del destinatario o di un terzo, comprese le sovvenzioni direttamente connesse con il prezzo di tali operazioni».

Nel caso di specie, per la Corte di giustizia europea, la struttura per anziani percepisce le somme versate dalla cassa di assicurazione malattia senza dubbio alla stregua di un corrispettivo per le cure prestate ai loro residenti. Il centro, infatti, è giuridicamente tenuto a fornire le prestazioni ai propri assistiti, a fronte del forfait ricevuto. La circostanza che il corrispettivo sia versato da un terzo - come detto - non rileva, né interrompe quel nesso diretto esistente fra le prestazioni rese e il relativo compenso.

Alberto Santi

General Electric: le tecnologie fonte di risparmi

Memorandum General Electric sul contenimento dei costi di gestione delle infrastrutture sanitarie. (Servizio a pag. 19)

Memorandum General Electric sul contenimento dei costi di gestione delle infrastrutture sanitarie

Le tecnologie fanno risparmi

Svecchiare il parco macchine - Sbloccare il territorio - Test ecosostenibili

Doespedalizzare, investire sulle infrastrutture, puntare sull'innovazione tecnologica e sull'efficiamento energetico. Perché è inutile discorrere di "sostenibilità" se non si punta a essere anche "ecosostenibili". Anche in tempi di pesanti ristrettezze economiche, insomma. Forse conviene investire per riuscire a "risparmiare" e non solo a "tagliare".

La ricetta per contenere i costi di gestione delle infrastrutture sanitarie grazie al ricorso alle tecnologie innovative è contenuta in un memorandum riservato che **General Electric** ha inviato alle istituzioni nazionali e regionali coinvolte nella gestione dei servizi sanitari, ai ministri dell'Economia e dello sviluppo e alle commissioni Sanità di Camera e Senato. Quaranta pagine fitte che partono dalle valutazioni di costi e servizi delle infrastrutture ospedaliere, proseguono con l'analisi degli indicatori di qualità delle prestazioni sanitarie e sfociano nella "bella" o "brutta" notizia che al solo capitolo del risparmio energetico può essere assunto un potenziale del 15-25% di risparmio per qualunque struttura ospedaliera ancora non sottoposta a questo tipo di interventi. Obiettivi

di Ge Healthcare - un business da 17 miliardi di dollari che occupa nel mondo più di 46mila persone in oltre 100 Paesi - dare il proprio contributo allo sforzo del Governo nella definizione delle strategie per la riduzione dei costi e l'incremento dell'efficienza, mettendo a disposizione competenze ed esperienze maturate in oltre un secolo di attività come leader nella tecnologia avanzata in molti settori industriali e civili anche in Italia, dove il giro d'affari complessivo è di 8,2 miliardi, di cui il 10% nel settore sanitario. Nell'agenda dei consigli, in primis, la creazione di reti tipo hub&spoke, nutrite dalla tecnologia e dalla diagnostica domiciliare leggera, per rendere il territorio indipendente dall'ospedale e capace di vigilare sul malato cronico con costi inferiori ai 10 euro giornalieri per un servizio 24/7 che usano come centrale d'ascolto le stesse strutture ospedaliere.

A seguire l'iniezione di onestà intellettuale che dovrebbe portare a informare correttamente i cittadini sulla necessità di chiudere i piccoli ospedali - incipienti rispetto alla necessità della dotazione tecnologica capace di garantire produttività e sicurezza adeguate. La

ricetta razionale (e "alternativa" per un Ssn obsoleto) prevede lo svecchiamento e l'ottimizzazione del parco elettromedicale, lo sfruttamento delle macchine in fasce orarie prolungate e continue, il passaggio alle forniture *just-in-time*, la manutenzione e il monitoraggio in remoto, il rispetto delle regole sugli appalti. E ancora, l'efficientamento a tappeto delle infrastrutture, facendo dell'eco-sostenibilità uno dei pilastri di crescita del Ssn. Perché, dice il Memorandum, «la spesa per il Ssn non è un male di per sé, ma è di cruciale importanza differenziare tra spesa utile (quella che investe in produttività ed efficienza) e spesa deteriorata, realizzata senza criteri di standardizzazione ed efficientamento di processi e strutture».

Sara Todaro

Le raccomandazioni

1. Passaggio da una medicina curativa a una preventiva
2. Passaggio da un servizio sanitario che ruota solo attorno all'ospedale a uno ottimizzato e sviluppato su base territoriale
3. Migliore e puntuale gestione del parco tecnologico installato con adeguata distribuzione del carico giornaliero di utilizzo
4. Strategie e protocolli di acquisto, ottimizzati in relazione all'outcome clinico d'interesse (anche con l'uso di tecniche Hta)
5. Normalizzazione dell'appropriatezza diagnostica per eliminare i costi degli esami diagnostici inutili
6. Dismissione di infrastrutture obsolete e realizzazione di nuove infrastrutture su linee guida e parametri validi a livello nazionale con confronto europeo
7. Efficienza della gestione energetica, della logistica e delle risorse delle infrastrutture necessarie, con definizione di obiettivi per le singole infrastrutture/aree e penali cogenti

SCELTE ITALIANE

«Così si dimezza la bolletta in corsia»

«Il primo obiettivo deve essere quello di portare sul territorio o a domicilio tantissime delle attività oggi concentrate nel general hospital. Ma per farlo servono governance e managerialità diverse e un sistema dotato degli anticorpi per andare a bersaglio. Noi come industria ci mettiamo in gioco per fare la nostra parte anche in un'ottica consenziale».

Marco Campione, presidente e Ad di Ge Healthcare Italia, spiega così l'iniziativa del Memorandum inviato agli stakeholder del Ssn. E recita un documentato atto di fede nelle potenzialità della tecnologia al servizio della razionalizzazione della spesa di settore: «Esistono già tantissimi strumenti a basso costo che potrebbero garantire grandi risparmi: dalle diagnosi remote al monitoraggio a domicilio dei pazienti, alle tecniche di Hta per il rilancio dell'innovazione disponibile», spiega. E prescrive la cura essenziale dell'ecosostenibilità: «L'ospedale è una piccola città molto poco efficiente e molto autosostenibile: con tecnologie più verdi, molto meno costose, si possono generare enormi risparmi: vale per la depurazione delle acque, lo smaltimento dei rifiuti, la gestione dell'illuminazione. In Lombardia, in Emilia e soprattutto in Toscana ci sono ospedali di media dimensione che hanno dimezzato i costi di gestione energetici, che valgono circa il 10% del conto economico di un ospedale. A livello di Ssn parliamo di una possibile riduzione di spesa da centinaia di milioni».

Tempestoso varo del Def: ancora da svelare entità e strategie per la riduzione del finanziamento

Tagli nel mistero, Patto in freezer

B&S, balla 1 mld - Spesa e rosso 2013 in calo - Renzi e Lorenzin: Regioni, basta alibi

Li Def indica una spesa sanitaria in calo costante e le Regioni nel 2013 riducono ancora il disavanzo (senza manovre locali) fermo a 1,63 miliardi. Ma i tagli restano in agguato: 800 milioni-1 miliardo già nel 2014 potrebbe essere ciò che il Governo chiede al Ssn. Forse già con un taglio del fondo 2014 e comunque mettendo nero su bianco (il decreto è at-

so per il 18 aprile) una strategia di risparmi che ha nel mirino - al di là del Patto per la salute per ora "congelato" nell'attesa di conoscere il verdetto finale sulle risorse - soprattutto beni e servizi, ma che potrebbe riservare altre sorprese per fare cassa. Le Regioni sono in allarme, ma sia il premier sia la ministra Lorenzin le ammoniscono: basta alibi per non portare avanti politiche

virtuose. Tanto che - è la promessa - i tagli peseranno solo su chi finora non è stato capace di risparmiare.

A PAG. 2-3

IL FUTURO SSN/ La ministra agli Stati generali della Salute: «Rigore e trasparenza nel Patto»

Lorenzin, scossa alle Regioni

Sostenibilità e universalismo, strategia comune - Priorità Lea e prevenzione

«**L**o Stato ha a cuore la salute. Le Regioni devono capire che è il momento di dare una vera scossa: impegni chiari e certificati». Anche perché se è necessaria la consapevolezza che «oggi godiamo dei frutti della nostra Costituzione, tali frutti che diamo per scontati, cioè l'universalismo del Sistema sanitario nazionale, non sono scontati per niente». È forte e chiaro il messaggio che in occasione degli Stati generali organizzati l'8 e il 9 aprile scorsi all'Auditorium Parco della musica di Roma, la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** ha inviato ai governatori guidati da **Vasco Errani**. Se da una parte la ministra ha cercato di fare scudo contro l'ipotesi Cottarelli di ulteriori tagli lineari al Servizio sanitario nazionale, dunque, la chiamata a un forte senso di responsabilità, al rigore, alla trasparenza - «lo spreco in sanità è immorale» - è stata il leitmotiv della "due giorni" dedicata a prevenzione, ricerca scientifica, rapporti tra le professioni e salute internazionale.

Il messaggio forte che resta è quindi soprattutto politico: la richiesta di Lorenzin alle Regioni di impegnarsi a rinnovare l'asset-

to del Ssn, traducendolo in quel Patto per la salute che tra il cambio di guardia governativo, i malumori dei presidenti e le ipotesi di ulteriori tagli non è stato ancora approvato. Se ne parlerà a maggio. Sempre che il decreto su tagli e risparmi per circa un miliardo nel solo 2014, annunciato per il 18 aprile, sia ben digerito dai governatori. Cui non a caso la ministra ha rivolto più di un monito: «Chiamo le Regioni a un grande lavoro di rigore e serietà. Ci stiamo cimentando sul Patto per la salute: dell'unico Patto siglato, quello del 2009, è rimasto lettera morta il 90% degli impegni». La scommessa, da centrare pena la sostenibilità del Ssn, è oggi «quella di segnare una nuova fase, dicendo dove e quanto si può risparmiare e adottando meccanismi verificabili» e, se necessari, eventuali «poteri sostitutivi».

La posta in gioco è scongiurare la selettività. «Non voglio - ha spiegato Lorenzin - che l'Italia debba fare scelte come quelle fatte in altri Stati con una cultura diversa dalla nostra, come quella di dare alcuni farmaci solo a chi ha meno di 70 anni».

Mantenere l'universalismo sarà però possibile solo recuperan-

do risorse. «Diversi miliardi - ha tenuto a precisare Lorenzin - da reinvestire in salute». Il Patto è lo strumento ed è lì che vanno riposte «grandissime aspettative». Perché è «l'occasione di ripianificare e riprogrammare il nostro Servizio sanitario nazionale - alla luce delle cose accadute negli scorsi anni: la riforma del Titolo V, il riordino della rete ospedaliera, la revisione dei posti letto, i tagli lineari e una spending review che ha già costretto il Ssn a «dare 25 miliardi indietro».

Il cambio di passo per riformare un sistema che dovrà privilegiare interventi mirati passa inevitabilmente per «una fase nuova fatta di riforme, programmazione ma anche di certezze e trasparenza». «Per come abbiamo gestito il sistema - prosegue Lorenzin - dobbiamo recuperare miliardi di euro da margini di inefficienza, sprechi, cattiva gestione, sciatteria dell'amministrazione e reinvestire questi soldi nella salute delle persone». Ciò,

innanzitutto, in quei Livelli essenziali di assistenza ormai vetusti perché fermi a 12 anni fa. Un'era geologica, se si considera che nel frattempo l'Italia ha conosciuto la più grande crisi economica dal secondo dopoguerra ed è passata per il terremoto della (prima) revisione del Titolo V della Costituzione. Con il risultato che «oggi il Paese ha due motori: uno con il piano di rientro e l'altro senza. Ma i cittadini italiani sono tutti uguali».

I Lea, dunque: «Nel Patto per la salute - ha annunciato ufficialmente la ministra agli Stati generali di Roma - abbiamo già approvato una serie di articoli. Il primo prevede 900 milioni in tre anni, recuperati da un'ottimizzazione delle degenze in ospedale da reinvestire nei livelli essenziali. Oggi ci sono malattie fuori Lea che non sono calcolate, abbiamo la necessità di aggiornarli, renderli più efficienti e dare più servizi alla popolazione. Nessuno si immagina che questo denaro si possa recuperare da nuo-

ve tasse, ma da un'ottimizzazione interna sì».

Ottimizzazione che potrà passare solo per una governance che sia davvero in grado di fare la differenza: «Dove c'è un'azienda che non funziona c'è sempre un cattivo management. Ogni volta che un'azienda perde qualche milione di euro sta aumentando anche l'inefficienza. È una realtà sulla quale fare i conti apertamente».

Il proverbiale «rimboccarsi le maniche», ad ascoltare il Lorenzin-pensiero, suona come un eufemismo. Eppure, programmare tutto il sistema e ripianificarlo «non basterà», ha avvertito la ministra: «La prevenzione deve diventare elemento essenziale delle nostre vite». È questo ingrediente cruciale di ogni sistema sanitario, sottostimato dall'Europa e ancora cenerentola in Italia, «che permetterà di vincere la grande sfida con i costi sanitari. Faccio l'esempio del diabete alimentare: con un corretto stile di vita si sconfigge la malattia e si

permette al Ssn di risparmiare 3 miliardi di euro. Per questo è fondamentale educare le nuove generazioni, oggi bombardate da abuso di alcol e droga, a un corretto stile di vita». Altolà alle soluzioni a pioggia: «Nei prossimi anni faremo interventi mirati su giovani, anziani e donne perché curare una donna significa curare una famiglia».

Se la prevenzione è un vero investimento, nel complesso valorizzare il Servizio sanitario significherà conquistare un punto percentuale in più nel Pil: «Non capire che quell'11% del Pil derivato dal sistema salute può diventare 12%, significa essere migliori. Noi possiamo crescere con la nostra cultura, con la nostra ricerca e con il nostro patrimonio scientifico».

A elencare i tre pilastri necessari per rafforzare la ricerca italiana - «che vanta comunque risultati eccellenti» - è intervenuta la ministra **Stefania Giannini**: «Innanzitutto - ha spiegato - bisogna muoversi in un contesto eu-

ropeo: Horizon 2020 ha tracciato un percorso molto chiaro e il portafoglio della nuova programmazione settennale sfiora gli 80 miliardi. Per essere competitivi in questo quadro, è necessario aggregare la ricerca scientifica per temi e sfide. Non si può più pensare di continuare ad adottare un'ottica monodisciplinare. Il secondo punto è la semplificazione: in Italia ci sono troppi soggetti che si occupano di ricerca. Il terzo punto è la visione strategica e una stabilità delle condizioni: questo significa avere chiarezza sui fondi disponibili, in una prospettiva almeno triennale, senza continuare ad affidarsi a interventi di emergenza nelle varie leggi di stabilità».

Barbara Gobbi



«Pagamenti Pa automatici»

Delrio: meccanismo nel dl Irpef - Ed è scontro sulle quote Bankitalia

Marco Mobili
Marco Rogari
ROMA

Non solo lo sblocco di altri 13 miliardi di pagamenti arretrati della pubblica amministrazione alle imprese: il governo punta a «garantire ai fornitori della Pa la certezza del pagamento, attraverso un meccanismo automatico». Nel pieno rispetto dei 60 giorni come chiede Bruxelles. Ad annunciare l'arrivo del nuovo dispositivo con il decreto taglia cuneo fiscale che sarà varato venerdì è, intervenendo a "Porta a porta", il sottosegretario alla Presidenza del consiglio, Graziano Delrio. Che respinge senza mezzi termini «il ricatto» delle banche. «Le banche dicono che per colpa di questa tassazione toglieranno il credito alle famiglie e alle imprese? Noi non ci stiamo», dice con forza Delrio sferrando un vero e proprio attacco: «Le banche hanno ricevuto mille miliardi dalla Bce e non hanno trasferito alle famiglie quasi nulla di quei soldi». Gli istituti bancari, insiste, «hanno tutta la capacità, la possibilità, di cominciare ad erogare più credito alle famiglie. È ora di cominciare».

Delrio non risparmia una stoccata neppure al capogruppo di Fi alla Camera, Renato Brunetta che, così come alcuni esponenti della minoranza Pd, alla luce del Def approvato dal Governo Renzi considera inevitabile una correzione dei conti pubblici entro fine anno: «Non ci sarà bisogno di alcuna manovra aggiuntiva e i conti tornano, con una riduzione di tasse come non si è mai vista nella storia della Repubblica». Il sottosegretario conferma anche che l'esecutivo Renzi non toccherà le pensioni mentre non farà sconti nella lotta all'evasione. E a una possibile fusione di Equitalia nell'Agenzia dell'En-

trare risponde: «Penso di sì». Sul bonus Irpef in arrivo il sottosegretario alla Presidenza afferma che per il momento non ri-guarderà le partita Iva, le quali beneficeranno di un taglio dell'Irap da 2,6 miliardi.

Delrio tiene a sottolineare che gli sgravi fiscali ai quali sta lavorando il Governo saranno comunque strutturali. Non a caso anche ieri pomeriggio a Palazzo Chigi non si è parlato solo di nomine. Un focus specifico è stato infatti dedicato al bonus Irpef da riconoscere anche ai 4 milioni di contribuenti incipienti. Il tutto con un occhio attento alla questione del nuovo prelievo sulle banche dal quale l'Esecutivo con-

LA DIFESA DELLA SPENDING
Cottarelli: «Gli obiettivi sono perseguibili, nella legge di stabilità il riassetto dello Stato. Procedere il meno possibile con tagli lineari»

ta di recuperare non meno di un miliardo. Un raddoppio (se non di più fino al 26%) dell'aliquota attualmente del 12% per la rivalutazione delle quote di Bankitalia che è al centro di un braccio di ferro tra l'esecutivo e gli istituti di credito (v. articolo a fianco).

La copertura degli "incapienti Irpef", ovvero quei lavoratori dipendenti con redditi fino a 8.000 euro che per effetto delle detrazioni in misura fissa e l'applicazione dell'aliquota del 23% si vedrebbero privare del "bonus Renzi" da 80 euro al mese, non è il solo nodo ancora da sciogliere. Come anticipato su queste pagine, l'ipotesi più gettonata è quella di prevedere per gli incipienti un "credito" anticipato dal sostituto d'imposta pari al 9,2% dei

reddito fino a 4.100 euro. Che via si azzera per i redditi fino a 8.100 euro (v. Il Sole 24 Ore del 10 e 11 aprile).

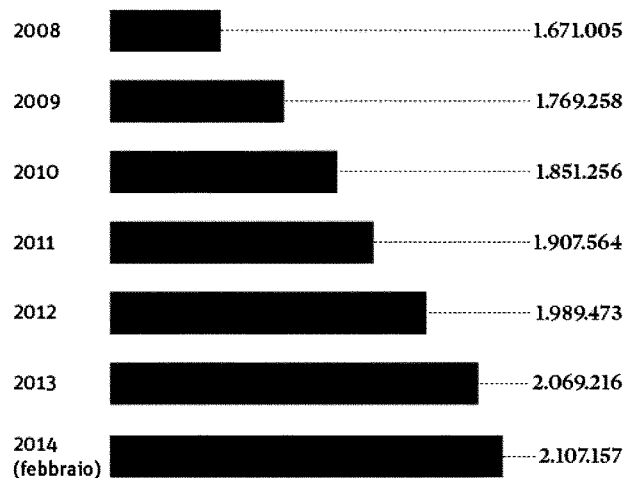
In vista del varo del decreto annunciato per venerdì 18 aprile (ma circola pure l'ipotesi di un anticipo al 17), anche il puzzle delle coperture è in via di definizione. Appare certo il recupero di quasi 2 miliardi nel 2014 da un intervento sulla sanità (circa un miliardo) e da un giro di vite sugli acquisti della Pa (750-800 milioni). Un altro miliardo dovrebbe arrivare dalla razionalizzazione degli incentivi alle imprese. Anche se nella ridefinizione dei crediti d'imposta all'autotrasporto la trattativa tra Governo e aziende del settore è appena cominciata. Probabili, poi, 3-400 milioni dal comparto della Difesa e 4-500 milioni dal pubblico impiego soprattutto grazie al giro di vite sugli stipendi dei dirigenti pubblici. Con il risultato di ridurre, anche attraverso lo "sforbiccia Italia", del 3-4% il monte tributativo.

Si tratta di gran parte delle proposte del commissario alla "spending" come ha sottolineato in un'audizione alla Camera lo stesso Carlo Cottarelli precisando che gli interventi sulla riorganizzazione della presenza territoriale dello Stato (Prefetture, sedi periferiche delle amministrazioni centrali, Capitanerie di porto ecc.) «sono cose che richiedono approfondimenti nel corso dell'estate, ma dovrebbero essere pronte per la legge di stabilità per il 2015 e 2016». Cottarelli ha detto anche che gli obiettivi di riduzione di spesa indicati nel Def (4,5 miliardi nel 2014, 17 nel 2015 e 32 nel 2017) sono «fattibili anche se richiedono notevole impegno, l'obiettivo è di muoversi su tagli meno lineari possibile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bankitalia: debito a 2.017 miliardi a febbraio

Nuovo record del debito pubblico. A febbraio, secondo i dati diffusi ieri da Bankitalia, il debito delle amministrazioni pubbliche è salito a 2.017 miliardi di euro, con una crescita di 18 miliardi rispetto al mese precedente. L'incremento è stato invece, rispetto allo stesso mese dell'anno scorso, di 89 miliardi. Dati in migliaia di euro.



COMPETENZE INFORMATICHE

Come creare una e-leadership per lo sviluppo della sanità digitale

La sanità elettronica nel suo complesso è un'opportunità fondamentale per migliorare i processi di cura e aumentare l'efficienza nell'uso delle strutture ospedaliere e territoriali.

Nel nostro Paese il percorso di digitalizzazione nel settore sanitario procede da tempo, ma con lentezza: ancora nel 2013, secondo dati di una ricerca Himms Analytics Europe presentati al Forum Pa, sette strutture su dieci non vanno oltre la cartella elettronica, e la quota di spesa sanitaria ospedaliera per l'informatizzazione era pari appena all'1,4% del totale.

A fronte del progressivo sviluppo dell'Agenda digitale italiana è lecito attendersi una accelerazione, quanto mai necessaria sia per offrire ai cittadini servizi sanitari innovativi e più efficienti, sia per realizzare significativi risparmi. L'Osservatorio Ict in Sanità del Politecnico di Milano ha quantificato di recente in circa 15 miliardi di euro l'anno i risparmi ottenibili da un impiego efficace delle tecnologie digitali e dalla migliore erogazione di servizi - senza comprendere peraltro nella stima altri elementi, quali a esempio le efficienze che possono essere indotte da un migliore e più rapido accesso all'informazione e alla documentazione scientifica su supporto elettronico, da parte di operatori e pazienti.

Un fattore fondamentale per il successo del percorso verso la sanità digitale è rappresentato da una adeguata competenza nell'utilizzo degli strumenti a essa connessi, da parte di tutto il personale medico, infermieristico, tecnico, amministrativo. L'ignoranza informatica ha costi insostenibili in termini di perdita di produttività e può arrivare a vanificare i risultati di sforzi di aggiornamento tecnologico importanti; anche per la sanità digitale vale ciò che Aica afferma da tempo in tema di Agenda digitale, ovvero la

necessità di allineare all'investimento in tecnologie un adeguato investimento in cultura e competenze.

Per la realizzazione completa di una sanità digitale efficace ed efficiente, non bisogna però fermarsi alla sola formazione operativa sugli strumenti digitali.

È necessario investire anche nella creazione di quella che la Comunità europea ha definito "e-leadership": ovvero investire nella creazione di un "humus" di competenze che non sono soltanto digitali, ma che incrociano diverse altre discipline, così che chi guida le organizzazioni sia in grado di comprendere al meglio le opportunità tecnologiche e di conseguenza utilizzarle al massimo, e chi opera in una organizzazione sappia comprendere il valore delle innovazioni introdotte nella sua quotidianità e sviluppi un atteggiamento favorevole.

Anche secondo l'Agid, che ha inserito lo sviluppo dell'e-leadership nel piano delle competenze digitali, è questa la vera sfida dell'innovazione: diffondere competenze che tutti i lavoratori dovrebbero avere, necessarie a "Immaginare, proporre, promuovere e animare l'innovazione" nelle organizzazioni; guidati in questo dall'impegno e dall'esempio di figure di vertice (e-leader) che abbiano fatto questa strada e siano in grado di patrocinare, sostenere, stimolare l'atteggiamento collaborativo e innovativo necessario.

In particolare nella sanità digitale, ciò significa essere capaci di progettare, implementare e gestire servizi in telemedicina, e strumenti operativi e amministrativi digitali attraverso un percorso nuovo, in cui si incontrano diverse discipline: informatica, ingegneria, medicina, biologia, economia aziendale, project management, governance di sistema, statistica e documentazione...

Sono percorsi il cui sviluppo non può essere pianificato senza una adeguata conoscenza del fenomeno, e comunque non senza avere coinvolto tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria: con una formazione

di base degli operatori sanitari, una formazione manageriale specifica a livello di Direzione generale e sanitaria e una formazione specialistica dei medici.

L'obiettivo finale è la diffusione di una cultura digitale che, attraverso interventi di formazione specifici per le varie figure professionali, unisca i più vari elementi: il saper fare tecnologico, che investe gli strumenti del lavoro quotidiano e soprattutto l'essenziale elemento della programmazione e gestione della sicurezza operativa e del dato nei sistemi di sanità digitale; la consapevolezza che scegliere e utilizzare sistemi informatici senza padroneggiarli è un rischio, che inoltre compromette la buona governance del sistema sanitario e il livello delle prestazioni; la comprensione dell'impatto complessivo delle tecnologie utilizzate sulle procedure di cura e di assistenza.

È necessaria quindi una azione pensata e concertata, cui Aica sta dando il suo contributo partecipando ai diversi tavoli dell'Agenda digitale e contribuendo alla riflessione sul tema, sulla scorta anche di un serrato confronto con le associazioni delle professioni sanitarie e del settore e con la comunità accademica; il tutto configurando e progettando percorsi di allineamento che consentano di ricondurre anche le competenze digitali del settore sanitario nel quadro dei framework europei di definizione delle competenze (e-Cf), così da allineare il percorso italiano al percorso europeo dell'Agenda digitale anche per questo importante aspetto.

Pierpaolo Maggi
responsabile Ecdl Health - Aica
(Associazione italiana per
l'informatica e il calcolo automatico)

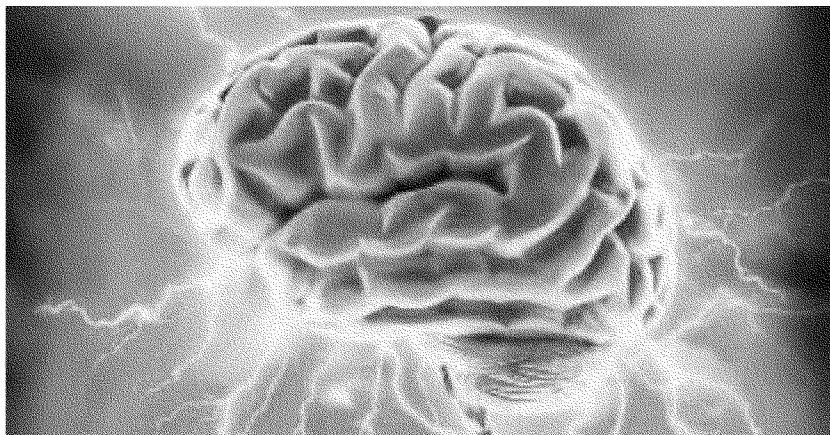
Si deve investire
nella capacità
di utilizzo
degli strumenti



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province





Capri: un simposio sulle malattie neurodegenerative

IL CONVEGNO

DEDICATO a Francesco Castellano, pioniere della neurochirurgia italiana e fondatore della disciplina in Campania. Alla sua scuola si sono formati decine di allievi e, tra questi, Massimo de Bellis, attuale primario al Loreto Mare e organizzatore del Neurosymposium iniziato ieri all'hotel La Palma di Capri, che si conclude domani. È un convegno multidisciplinare

neurologia, neurochirurgia e ricerca. Integrate in un'unica scienza per soddisfare le esigenze diagnostiche e terapeutiche. «In ambito neurochirurgico, il confronto verte su aneurismi, tumori cerebrali, traumi cranici e vertebrali — spiega de Bellis — mentre le due sessioni neurologiche sono dedicate ai nuovi farmaci anticoagulanti orali (postdicumarolici) che sostituiranno i dicumarolici, utilizzati fino a oggi e per oltre un quarantennio, ma adesso ormai quasi obsoleti».

Tra le patologie neurodegenerative ci sono il morbo di Parkinson e la stimolazione cerebrale, la Dbs (*Deep brain sti-*

zione degli specialisti come metodica terapeutica innovativa. Molti relatori, tanti di spicco. Per esempio, il gruppo di allievi di Rita Levi Montalcini si soffermerà proprio sugli studi che le valsero il Nobel: Ngf, *Nerve Growth Factor*, da utilizzare in alcune patologie del sistema nervoso centrale. Luigi Aloe, braccio destro della Montalcini, illustrerà le possibili applicazioni della ricerca iniziata dalla scienziata. Ci saranno anche Giampaolo Cantore, responsabile di Neurologia del Neuro-med di Pozzuoli ed ex cattedratico, e Francesco Tommasello ordinario di Neurologia a Messina. Giovanni Broggi, docente a Milano terrà una *lecture* dedicata alla "Storia della chirurgia del Parkinson".

Ma al convegno non manca la sezione sociale di cui sarà protagonista la Fondazione "Mrm" (Maria Rosaria Maglione Foundation) che ha per obiettivo la ricerca e lo studio su pazienti affetti da malattie cerebrali degenerative. Presieduta da Alberto de Bellis insieme ad Aloe, la sessione farà il punto sulla somministrazione per via nasale del Ngf per la sua prerogativa nota di "fattore riducente" il danno neuronale nel midollo spinale. Infine oggi, la tavola rotonda con i giornalisti spiegherà modalità e fini della cooperazione internazionale tra la Neurochi-

Organizzatore il primario del Loreto Mare, Massimo de Bellis. Presente il gruppo di allievi della Montalcini: si parla di Ngf

rurgia del Loreto Nuovo e le strutture neurochirurgiche Keniatta di Nairobi. L'accordo permetterà a giovani specialisti africani di formarsi per un mese nella struttura partenopea diretta da Massimo de Bellis.

(giuseppe del bello)

Gli itinerari della salute



La residenza A Borgo Riccio di Torchiara il meeting dei ricercatori

Ricercatori da tutta Europa nella terra di Parmenide

Medici in Cilento, patria della Scuola eleatica e della dieta mediterranea. Si conclude oggi il meeting finale di «All-fun» che ha visto la collaborazione di dodici gruppi di ricerca d'eccellenza in Europa. Finanziato dall'Unione europea con circa 5 milioni di euro, il progetto ha impegnato per quasi quattro anni un centinaio di ricercatori dei principali centri di ricerca di Francia, Gran Bretagna, Olanda, Svizzera ed Italia. Medici, patologi, allergologi, microbiologi e dermatologi si sono ritrovati a Borgo Riccio di Torchiara, coordinati da Luigina Romani dell'Università degli Studi di Perugia, capofila e responsabile del progetto.

Obiettivo della ricerca non è solo migliorare i tempi di diagnosi, quanto piuttosto migliorare la terapia dei pazienti, in particolare i trapiantati, che senza un trattamento adeguato, personalizzato e tempestivo sono soggetti ad infezioni da fungo per lo più letali. «Siamo qui - spiega la Romani - perché riconosciamo a questo territorio il suo innegabile fascino e bellezza, ma anche per sottolineare l'importanza dell'eredità tramandata dalla Scuola medica salernitana

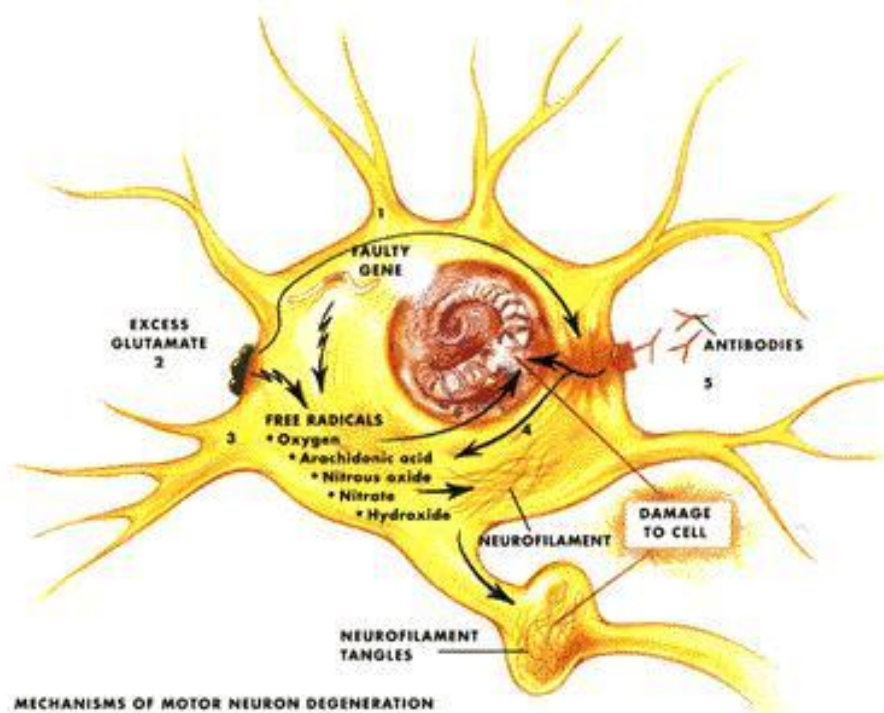
che qui nacque con una visione molto moderna della medicina». Il meeting è stato l'occasione per discutere il frutto di un lavoro costante che da vari decenni porta avanti l'Università di Perugia. «L'Unione europea ha dato molto, dimostrando di credere nel nostro lavoro e in quello degli istituti di ricerca che con noi collaborano da anni - dice la Romani - Con una certa soddisfazione ritengo di poter affermare il pieno successo del nostro lavoro e mi auguro che nel prossimo futuro ci vengano offerte nuove opportunità per proseguire nel nostro impegno di ricerca».

Le conferenze sono in corso a Borgo Riccio - Residenza d'epoca, che si è recentemente dotata di Salone Milano, caratterizzato da allestimenti multimediali e di design. La novità dell'evento è data anche dall'ospitalità diffusa che ha visto per la prima volta il coinvolgimento di strutture del centro storico di Torchiara. Il programma prevede anche visite a Paestum, Castellabate, tour enogastronomici, degustazioni per un meeting che sia davvero indimenticabile e per un'occasione di valorizzazione del Cilento e di Torchiara.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Pianeta Sanità

Troppe proteine danneggiano i reni

“Dieta equilibrata ecco perché serve”

I NUMERI

1600**LO STUDIO**

È stato condotto su 1600 persone tra i 45 e i 64 anni

12**I CONTROLLI**

I soggetti sono stati controllati a distanza di 12 anni, nel '90 e nel 2000

10**I TEST**

Una decina gli esami e il parametro che misura l'azoto ureico

GIUSEPPE DEL BELLO

UNA dieta ricca di proteine rischia di danneggiare i reni. A rivelarlo è una ricerca dell'università di Salerno pubblicata su *Nephrology dialysis and transplantation*, organo della Società europea di Nefrologia, che illustra l'influenza della quantità di proteine sulla funzione renale. Lo studio, condotto su circa 1600 persone tra 45 e 64 anni di entrambi i sessi, ha analizzato in due tappe la vita di questi soggetti. Una prima volta negli anni '90 e poi, dopo il 2000.

Gli esami effettuati includevano misure di indici dietetici e una valutazione clinica e laboratoristica della salute generale. Tra i test, i ricercatori hanno monitorato la quantità di azoto ureico urinario, un parametro indispensabile a valutare la quantità totale di proteine vegetali o animali introdotte con la dieta, e il valore di eGFR. «L'acronimo anglosassone - spiega Massimo Cirillo, cattedratico di Nefrologia a Salerno e autore della ricerca - indica la quantità di sangue filtra-

to dai glomeruli del rene. All'inizio dello studio, gran parte dei partecipanti era in buone condizioni di salute, in particolare quelli che avevano una dieta ricca di proteine rivelavano un'apparente migliore funzione renale». Ma il dato, che prometteva un futuro ro-

Una ricerca dell'Università di Salerno su 1600 persone pubblicata sull'organo europeo di Nefrologia

seo, è stato successivamente contraddetto dall'evoluzione degli esami di laboratorio. In sostanza, dopo 12 anni, i test hanno indicato una situazione opposta a quella di partenza. «Di fatto, la caduta della funzione renale risultava maggiore proprio in quelle persone dedite a dieta più ricca di proteine. E questo si è rivelato un fattore negativo in aggiunta al deterioramento tipico dell'invecchiamento». L'insufficienza renale verrebbe innescata probabilmente proprio dell'iperfiltrazione, cioè del lavoro extra, richiesto al rene subito dopo un pasto ricco di proteine. «Ma attenzione, la ricerca riesce solo a dare informazioni complessive sulle proteine - avverte Cirillo - senza riuscire a distinguere tra quelle di origine animale e quelle vegetali. Insomma, non è possibile affermare che queste ultime siano preferibili rispetto alle proteine di origine animale». I risultati diventano un'ulteriore raccomandazione sulla dieta: non deve superare un grammo di proteine per chilo di peso ideale che in genere è un numero ben più piccolo di quello reale. «Ci tengo a sottolineare però - dice lo specialista - che la ricerca non sostiene il valore terapeutico di un'alimentazione povera in proteine nella malattia renale, ma solo i danni secondari all'eccesso: in medio stat virtus».



Aritmie. Sempre più piccoli e semplici da impiantare gli apparecchi che regolano i battiti e evitano la morte

Pace-maker wi-fi e radiofrequenze per dare al cuore il ritmo regolare

GIUSEPPE DEL BELLO

CURA definitiva delle aritmie, correggere l'impulso "anormale" e restituire al cuore il suo battito. Un sogno, che oggi è realtà grazie ai progressi della ricerca e della tecnologia avanzata. "Dream Team at Work" è il convegno in tre giornate (con interventi in diretta trasmessi via satellite da tutto il mondo) che si è appena concluso a Cotignola (Ravenna) sotto la presidenza di Carlo Pappone, direttore del Dipartimento di Aritmologia al Maria Cecilia Hospital. Qui è stato impiantato - prima volta al mondo - un pace-maker wireless che, a differenza dei suoi predecessori, non viene più alloggiato nella "tasca" sottomuscolare del torace realizzata

dall'operatore. «Finora abbiamo impiantato una decina di questi devices senza fili», precisa lo specialista, «Il pace-maker è una specie di navicella di tre grammi che, raggiungendo il sistema venoso attraverso un sondino inserito dalla femorale, viene spinto fino al ventricolo destro, e qui avvitato al tessuto cardiaco». Dal pace-maker wireless all'ablazione che spegne la fibrillazione atriale, una metodica che ha successo nell'85% dei casi. Si parte dal mappaggio tridimensionale utile a identificare i circuiti responsabili della desincronizzazione dell'impulso elettrico. «Si sfruttano campi magnetici o elettrici per ricostruire nelle tre dimensioni le camere atriali e con esse anche i segnali elettrici al loro interno», spiega Pappone, «I circuiti anomali vengono elimina-

ti con la radiofrequenza o con la crioterapia, fonte energetica basata sul freddo, che serve a congelare i tessuti». Ovviamente, non tutti possono beneficiarne. I candidati ideali? Gli under 70, con cuore sano e valvole cardiache normofunzionanti. «Il risultato non è sicuro in particolare se il meccanismo alla base della fibrillazione non è puramente elettrico», continua il docente, «e in questo caso è necessario caratterizzare tutte le possibili cause. L'inquadramento prevede l'ecocardiografia, l'holter e l'elettrocardiogramma».

Ma se la fibrillazione atriale mette a rischio ictus, l'aritmia ventricolare può uccidere. In una manciata di secondi. È la più pericolosa ed è provocata da corti circuiti all'interno dei ventricoli che, oggi, possono essere individuati e trattati con l'ablazio-

Campi magnetici per ricostruire in 3d le camere atriali

ne, attraverso radiofrequenza o crio. «Con questa tecnica è possibile prolungare la vita e prevenire la morte improvvisa», conclude Pappone, «la strategia viene decisa dopo avere caratterizzato la causa della tachicardia ventricolare. In alcuni casi, questa è conseguente a infarto, altre volte ad anomalia congenita, altre ancora a miocardiopatia. Per chi, pur non presentando tachicardia, è a rischio di fibrillazione ventricolare, rimane l'indicazione al defibrillatore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prostata. Milano, al San Raffaele
Patrick Walsh, della Johns Hopkins University,
che ha rivoluzionato la tecnica operatoria

Radioterapia o bisturi? Valutare i casi

SILVIA BAGLIONI

S È vero che il cancro della prostata è il tumore più frequente nel sesso maschile e che in Italia rappresenta il 20% di tutti i tumori diagnosticati a partire dai 50 anni di età, è altrettanto vero che la medicina non è rimasta inerme e molti progressi sono stati fatti. Oggi, infatti, le terapie disponibili sono sempre più in grado, assieme alla diagnosi precoce, di eliminare del tutto il tumore consentendo, in molti casi, una vera e propria guarigione.

Un cammino non facile quello della chirurgia oncologica prostatica che vede in Patrick C. Walsh, professore di Urologia presso la Johns Hopkins University di Baltimora, in Maryland, uno dei padri fondatori. Il professor Walsh recentemente è sta-

to ospite dell'università Vita-Salute del San Raffaele di Milano, e in quest'occasione ha partecipato a un incontro dal titolo "Sconfiggere il tumore alla prostata", coordinato dal professor Francesco Montorsi.

«La prostatectomia radicale per la cura del cancro non ha mai guadagnato popolarità a causa dei suoi effetti collaterali gravi - ha raccontato il professor Walsh - Tutti i pazienti dopo l'operazione erano impotenti, molti erano totalmente incontinenti, e le emorragie erano così frequenti e copiose che spesso il paziente era in pericolo di vita. Nel 1974, come direttore del Johns Hopkins, mi dedicai a una serie di studi per determinare la fonte di queste morbosità; identificali, per la prima volta, le strutture anatomiche dei vasi sanguigni e dei nervi della regione prostatica. A seguito di queste scoperte

gli effetti collaterali sono stati sensibilmente ridotti e la prostatectomia radicale è stata rapidamente adottata in tutto il mondo, tanto che nel successivo decennio la morte da cancro alla prostata è diminuita del 40%».

Un ulteriore progresso si è ottenuto grazie alla tecnologia robotica che permette una visione tridimensionale a 20 ingrandimenti e consente una precisione nei movimenti altrimenti non ottenibile. «Nei pazienti in cui la patologia non è localizzata solo all'interno della ghiandola prostatica - spiega Montorsi - nei casi in cui non c'è la possibilità di rimuovere chirurgicamente tutto il tumore, la radioterapia è l'intervento standard. Anche in questo caso l'esperienza del radiologo e le nuove tecnologie fanno la differenza. La radioterapia conformazionale permette, oggi, una maggiore precisione, un minor danno ai tessuti confinanti e, quindi, la riduzione degli effetti collaterali. Inoltre, diversi pazienti non se la sentono di affrontare un intervento chirurgico e preferiscono la radioterapia che è comunque un'ottima tecnica».

Grazie alle sue ricerche anatomiche crollati esiti come emorragie, incontinenza ma anche impotenza

Se alla chirurgia robotica, alla radioterapia conformazionale e la brachiterapia aggiungiamo i nuovi approcci di terapia ormonale e di chemioterapia si capisce perché i clinici sono ottimisti rispetto all'enorme aumento di possibilità di sopravvivenza nei pazienti anche con tumori metastatici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE NUOVE FRONTIERE DELLA SCIENZA

Alzheimer banco di prova dell'innovazione

Terapie modificate e biomarcatori, banche dati condivise su piattaforme globali che partano dalle "basic sciences" e brevetti adattativi. Nuove analisi dei cluster e delle procedure, piena interazione tra tutti i cosiddetti "stakeholder": dal paziente alle farmaceutiche, dalle istituzioni agli investitori. Obiettivo, far fronte alla crisi che impone di sfrondare tutti gli sprechi - e tanti se ne contano - di una ricerca che, per esigenze di conti e di una scienza che cambia rapidamente dettando nuove regole, deve letteralmente cambiare volto. Lo sta già facendo - per essere precisi - e il banco di prova è l'emergenza per antonomasia del mondo occidentale: quella malattia di Alzheimer che impone una "inversione a u" nei modelli di R&S e un cambio totale di rapporti tra farmaceutiche.

Se n'è parlato al workshop "Il futuro secondo industria e investitori", organizzato nell'ambito degli Stati generali della salute di Roma. Sullo sfondo, il doppio nodo di regole stringenti - nazionali e dell'Ema - da applicare in pieno o da ridefinire secondo i nuovi bisogni e degli investimenti. Tallone d'Achille, questi ultimi, perché malgrado l'Europa abbia prodotto ben il 50% dei medicinali approvati lo scorso anno, in termini di creazione di nuove aziende siamo decisamente al di sotto (Gran Bretagna esclusa) dei livelli ottimi registrati negli Stati Uniti.

L'Alzheimer, come detto, è il paradigma. La riluttanza a investire nei programmi di ricerca su una singola terapia sta modificando - pare in meglio - l'approccio alla malattia. L'impossibilità di sostenere l'impegno da 300mila dollari a caso in capo a una singola azienda che sviluppi programmi di ricerca, ha promosso la nascita di partenariati misti per sviluppare banche dati a

disposizione di più industrie. Un passo avanti fondamentale, se si pensa che i programmi di ricerca sviluppati fino a oggi senza ottenere successi significativi nella lotta alla malattia andavano tutti nella stessa direzione. Sforzi inutili per i pazienti e per la scienza, portati avanti da singole aziende che lavorando a compartimenti stagni proseguivano su percorsi fallimentari.

Oggi la frontiera, quando possibile, è sviluppare fusioni di aziende e di imprese del settore, che si giovinno magari della "ciambella" biomarcatori e di brevetti adattativi, capaci di dare risposte in tempi più rapidi ai pazienti che aspettano.

Le terapie multifarmaco, già utilizzate nel caso dell'epatite C e del cancro, sembrano il futuro anche nell'approccio alla complessa malattia di Alzheimer. A patto che si ridefiniscano le regole e che si trovi un modello innovativo capace di conciliare le esigenze delle aziende e quelle della ricerca. L'Ema e le agenzie nazionali del farmaco sono già impegnate nell'offrire la propria consulenza scientifica. Per l'Alzheimer si tratta di aiutare quanto più possibile la fase prodromica della malattia, intervenendo tempestivamente prima ancora della comparsa dei sintomi. Intanto, l'Europa è al lavoro per rivedere le linee guida su questa forma di demenza. Le direttrici sono l'ampliamento del parco di popolazione interessata dalla ricerca, un focus sulla progettazione dei trials e la possibile introduzione dei biomarcatori, i brevetti adattativi. Successivamente, andranno regolati il processo di approvazione e rimborso e tutti gli elementi della "catena". Perché solo quando la catena funziona, è la tesi, il paziente arriva a ottenere benefici.

B.Gob.