



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Il caso

«Sanità, primari e dg solo per meritocrazia»

Lorenzin: un miracolo se il sistema sanitario è ancora in piedi, politica fuori dalla gestione

Gigi Di Fiore

Un grande sogno, vecchio di decenni. Sanità e politica: come riportare le nomine di medici e manager ospedalieri a criteri oggettivi che escludano segnalazioni e appartenenze ad un partito di riferimento. Sembra utopia, in una realtà, nel Sud come al Nord, in cui è proprio il settore sanitario a rappresentare da sempre il maggiore serbatoio di voti. Gli esempi, più recenti, per restare nel Mezzogiorno, delle nomine alle Asl di Cosenza, Benevento e Caserta hanno occupato cronache politiche e anche giudiziarie per diverse settimane.

Dopo averlo annunciato un mese fa all'Università Cattolica di Milano, ora il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha portato due giorni fa in consiglio dei ministri i suoi provvedimenti, sui criteri di nomina e sulle carriere di direttori generali delle Asl, direttori sanitari e primari. Aveva dichiarato a maggio il ministro Lorenzin: «Tutto ciò che è scientifico deve restare fuori dalla politica, non è detto che un bravissimo medico sia bravo a fare il direttore sanitario».

L'idea della riforma è pensare a premi di risultato per i manager sanitari. Nell'immediato, il disegno di legge delega prevede un elenco nazionale unico per i direttori generali delle Asl. Vi si accederà, attraverso una selezione per titoli professionali e la frequenza di corsi universitari di formazione in gestione sanitaria. Chi supera la selezione, sarà inserito in un elenco tenuto dal ministero della Salute aggiornato ogni due anni. Nella loro attività, che costituirà parte del curriculum professionale, i direttori generali effettivamente nominati dovranno garantire obiettivi di gestione, livelli minimi di qualità nell'assistenza medica, contenimento di costi e rispetto dei risultati previsti dal programma nazionale valutazione

dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). Il direttore generale che non raggiungerà i traguardi fissati, non rispetterà criteri di imparzialità, o commetterà violazioni di legge verrà dichiarato decaduto. In questo caso, sarà anche cancellato dall'elenco nazionale e non potrà più rientrarvi.

Fin qui i direttori generali. Poi, nel provvedimento Lorenzin, c'è il capitolo primari, direttori amministrativi e direttori sanitari. Anche in questo caso sono previsti degli elenchi, ma regionali, per i direttori sia amministrativi sia sanitari. La riforma del ministro ha per obiettivo il superamento dei criteri di nomina a carattere fiduciario, ottenute soprattutto per adesione politica dietro un substrato di competenze professionali documentate. L'innovazione prevista riguarderà dei nuovi criteri di selezione basati su titoli professionali e un colloquio. Gli idonei saranno inseriti negli elenchi regionali. Nulla, però, si conosce ancora sulle fasi successive: va bene l'elenco per la selezione, ma poi come saranno nominati in concreto i direttori sanitari e amministrativi? È vero che il provvedimento pensato dal ministro prevede una commissione di concorso con esperti di qualificate istituzioni scientifiche, ma il nodo è: chi designa gli esperti, conterranno le loro simpatie politiche?

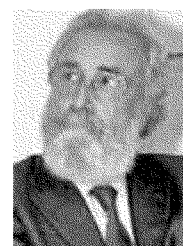
La diffidenza è d'obbligo, in un settore dove la politica ha preso sempre più piede con il passare degli anni. Primari diventati politici, passando per incarichi di direttori sanitari e poi per elezioni amministrative e politiche. Gli esempi sono tanti, basterebbe spulciare l'elenco anche dei parlamentari degli ultimi anni. Eppure, nel commentare il decreto approvato due giorni fa dal consiglio dei ministri, il ministro Lorenzin ha dichiarato: «Nelle legge delega del governo abbiamo inserito criteri meritocratici per direttori generali, primari ospedalieri e direttori sanitari».

Il tema resta però sempre lo stes-

so, in una materia amministrativa che contiene ampio margine di discrezionalità: chi valuta chi e con quali criteri oggettivi e unanimemente riconosciuti. E poi, ancora, in un periodo di spending review, come si coniugherà l'efficienza con la mancanza di fondi. Non è tema da poco, quando la meritocrazia nel settore sanitario viene da anni invocata anche dai medici. Raffaele Perrone Donnorso, presidente nazionale dell'Anpo, l'associazione primari ospedalieri, ha sostenuto: «La politica italiana si interessa di sanità solo quando può utilizzarla per le sue tristi ingerenze».

Sull'equazione risparmi-efficienza, che costituirà criterio rilevante per valutare un direttore generale, ognuno ha la sua ricetta. Come il professore Luciano Hinna, ordinario in Economia delle aziende pubbliche all'Università di Tor Vergata

Proposta
La scelta dei manager ospedalieri avverrà da un elenco unico nazionale

**L'esperto**

Luciano Hinna, ordinario in Economia delle aziende pubbliche: «Il risparmio tra i criteri premianti e di valutazione»

**Il presidente**

Zingaretti: sceglieremo i manager della sanità aprendo sul web la ricerca trasparente prima delle nomine regionali

**I primari**

Raffaele Perrone Donnorso: «La politica si interessa di sanità solo quando può utilizzarla per le sue tristi ingerenze».

a Roma, che spiega: «Bisogna coinvolgere in obiettivi comuni camici bianchi e colletti bianchi. Bisogna fare entrare il risparmio tra i criteri premianti nel criterio di valutazione della meritocrazia. I costi si riducono aumentando la produttività delle risorse disponibili, utilizzando più tecnologia».

Resta sempre la sanità uno dei settori pubblici che assorbono più spesa pubblica, restando principale bacino elettorale per tutti i partiti. Ovunque, i presidenti di Regione, appena insediati, hanno sempre annunciato criteri di maggiore trasparenza e meritocrazia nelle nomine sanitarie. Il governatore del Lazio, Nicola Zingaretti, sulla nomina dei direttori delle Asl spiegò: «Saranno esaminate domande da presentare online, su una piattaforma informatica realizzata dalla società regionale Lait nel sito istituzionale della Regione Lazio».

Nel Lazio, la terna dei commissari per l'esame delle domande è di competenza dell'Agenas. E, così co-

me in Emilia Romagna, anche nel Lazio i candidati presentano i loro curriculum, da inserire in una scheda sulla complessità dei singoli incarichi. In Campania, da due anni è stata depositata una proposta di legge regionale per la nomina dei manager delle Asl. Prevede una graduatoria di candidati predisposta da una commissione di tre docenti universitari, sorteggiati tra i professori di materie economico-giuridiche. Secondo questa proposta, i «criteri tecnico-meritocratici» devono essere pre-

determinati negli avvisi di selezione. Insomma, la questione resta sempre la stessa: i requisiti per le nomine, la valutazione dei titoli, i selezionatori. Come fare per tenere lontano il condizionamento e la mano della politica? Negli ultimi anni, ogni nomina è stata sempre accompagnata da una qualifica aggiuntiva: l'appartenenza politica, o la vicinanza a qualche esponente politico. Non è incoraggiante.

Insomma, la questione resta sempre la stessa: i requisiti per le nomine, la valutazione dei titoli, i selezionatori. Come fare per tenere lontano il condizionamento e la mano della politica? Negli ultimi anni, ogni nomina è stata sempre accompagnata da una qualifica aggiuntiva: l'appartenenza politica, o la vicinanza a qualche esponente politico. Non è incoraggiante.

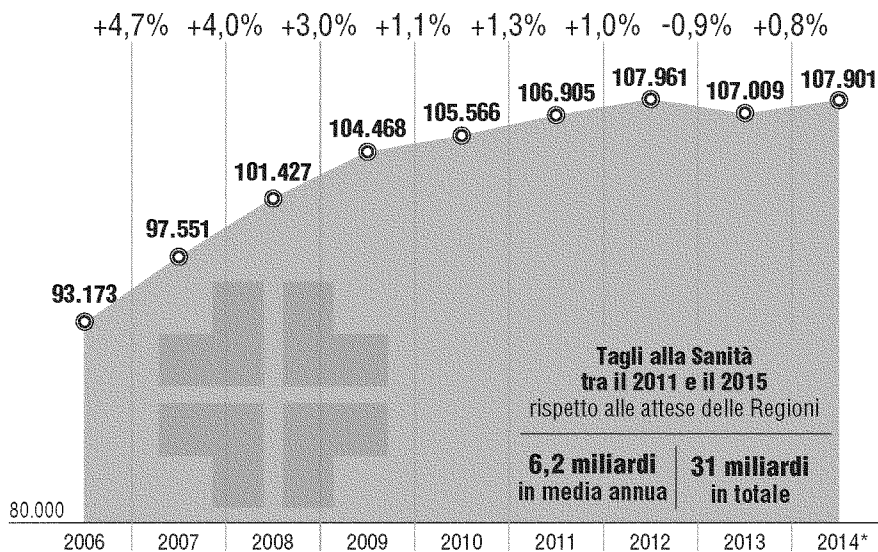
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il costo della sanità

Finanziamenti pubblici al Servizio sanitario nazionale

Andamento in milioni di euro



Fonte: Conferenza delle Regioni

*somma attesa prima della nuova legge di Stabilità

ANSA centimetri

Sanità, scatta il merito per le nomine di primari e dirigenti

IL PROVVEDIMENTO

ROMA Dal Consiglio dei ministri non è uscito un "pacchetto salutare" ma un grande scatolone nel quale possono pescare pazienti e medici. Ma anche dirigenti ed impiegati. Un generale snellimento delle procedure, panacea per i malati, ed un generale irrigidimento e controllo per quanto riguarda nomine e avanzamenti per merito.

I PAZIENTI

Nel decreto legge e nel disegno di legge delega troviamo una semplificazione per i malati cronici, la cancellazione dell'obbligo di assicurazione per i medici pubblici ma anche i criteri meritocratici per l'assegnazione di un primario.

Chi beneficerà subito delle novità sono tutti quelli (14milioni circa il 24% degli assistiti) che soffrono di malattie croniche. Patologie per le quali si devono prendere terapie a vita. Saranno allungati i tempi di validità delle ricette per questi pazienti: si passa dai 60 giorni di oggi ai 180 giorni.

Un cambio di rotta che, giorno per giorno, vuol dire meno file dal medico di famiglia (per le ricette solo una volta ogni 6 mesi), la possibilità di prescrivere 6 scatole di medicinali ogni prescrizione.

I CAMICI BIANCHI

Un sospiro di sollievo per i camici bianchi che lavorano nel servizio sanitario: l'obbligo di assicurazione che scatterà il 14 agosto prossimo non verrà applicato ai

medici pubblici. E' stato, piuttosto, deciso di creare un fondo che sosterrà i professionisti.

I MANAGER

I direttori generali verranno nominati secondo una selezione unica nazionale. Una novità che, sulla carta, dovrebbe ribaltare i criteri fino ad oggi adottati. Sulla sedia del manager potranno sedere solo coloro che saranno iscritti in un elenco del Ministero

**RICETTE SEMPLIFICATE
PER I MALATI CRONICI
DURERANNO SEI MESI
NIENTE ASSICURAZIONE
OBBLIGATORIA PER I MEDICI
DEL SERVIZIO SANITARIO**

ed aver frequentato un corso di formazione. Il direttore dovrà lasciare la sua sedia nel caso non riuscisse a raggiungere gli obiettivi indicati all'inizio dell'incarico o commettesse gravi violazioni di legge o regolamento. In questi casi il nome verrebbe cancellato dall'elenco.

Selezione pubblica per titoli e colloquio anche il direttore amministrativo e direttore sanitario. Anche in questo caso sarà istituito un elenco cancellando l'abitudine di assegnare un posto in modo esclusivamente fiduciario. «Abbiamo fatto un importante passo in avanti nel segno della semplificazione - commenta il ministro Lorenzin - a vantaggio sia dei malati che degli operatori».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

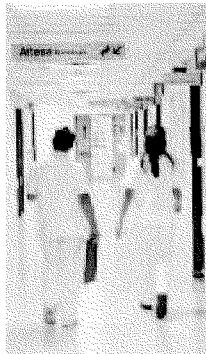
IL PROVVEDIMENTO/IL GOVERNO HA INTRODOTTO UNA SELEZIONE UNICA NAZIONALE PER TUTTI I CANDIDATI

Stop alle scelte politiche per i direttori delle Asl

MICHELE BOCCI

FIRENZE. Una graduatoria unica dei candidati direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere italiane. Per assicurare trasparenza ed evitare che vengano scelti nomi legati alla politica o comunque a interessi di parte. La novità è disegnata in uno dei provvedimenti di carattere sanitario adottati dal governo l'altro ieri. Nello stesso consiglio dei ministri sono stati anche introdotti alcuni cambiamenti che riguardano i medici ed altri dedicati ai pazienti, in particolare quelli cronici.

Un ddl delega ha introdotto una selezione unica nazionale per tutti i direttori generali. Fino ad oggi le Regioni disponevano ciascuna di una lista di "abilitati" da cui pescare quando avevano bisogno del manager di una Asl. Con il nuovo sistema potrà essere nominato solo chi, dopo aver preso parte a una selezione pubblica e aver frequentato un corso universitario di formazione in gestione sanitaria, è stato inserito nella graduatoria di carattere nazionale, che sarà ag-



CAMICI BIANCHI

Al timone delle Asl manager scelti da una lista nazionale

giornata ogni due anni. In un mondo come quello sanitario, dove chi sbaglia le scelte gestionali non paga praticamente mai, è stata introdotta anche una regola basata sul merito. Il direttore potrà essere dichiarato decaduto se non raggiunge gli obiettivi di gestione e non garantisce equilibrio di bilancio e livelli essenziali di assistenza nella sua legge. Sarà fuori anche se commette violazioni di legge e regolamento e se non segue il principio di imparzialità. Chi è decaduto viene cancellato dalla lista del ministero. I primari dunque dovranno essere scelti secondo un principio meritocratico, anche questo disegnato nella nuova norma.

Il governo, questa volta con un decreto legge, ha anche affrontato il tema, molto sentito dai professionisti, dell'assicurazione obbligatoria che scatterà da metà agosto per tutti i medici. Questa norma non si applicherà per chi lavora nel sistema sanitario nazionale. Un fondo apposito aiuterà comunque i dottori a pagare i premi, nel caso fossero particolarmente alti. Con lo stesso strumento legislativo è stata introdotta anche una novità per gli italiani che soffrono di una malattia cronica, cioè 14 milioni di persone. Le ricette per i loro farmaci o per i loro esami non saranno più valide 60 giorni ma 180. Un modo, insieme alla possibilità di prescrivere 6 scatole di farmaci ogni volta, per ridurre le code dal medico di famiglia. Sono inoltre state semplificate le procedure che portano al rilascio delle autorizzazioni per l'apertura di strutture sanitarie. È stato eliminato il parere regionale che deve verificare la compatibilità dei letti con il fabbisogno sanitario. Infine sono stati stanziati una cinquantina di milioni di euro per finanziare un maggior numero di borse di studio per i medici specializzandi quest'anno e l'anno prossimo. I posti sono ancora inferiori a quelli necessari per sostenere gli organici del sistema sanitario, dove in questi anni ci saranno molti pensionamenti. Tra l'altro il governo ha anche previsto che i medici, anche i primari, possano essere messi a riposo se hanno maturato i requisiti per la pensione anticipata.

IL FORUM Concorsi fermi, non c'è ricambio generazionale. Il Sumai: troppa burocrazia, serve più informatizzazione

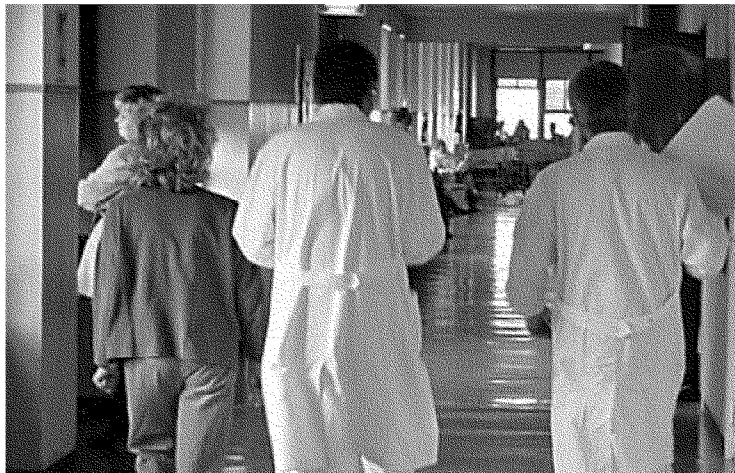
Medici di famiglia troppo anziani, è allarme

DI **MICHELE PAOLETTI**

NAPOLI. I medici di famiglia, sono sempre più vicini alla pensione, non c'è ricambio generazionale perché assunzioni e concorsi sono bloccati. Questo fenomeno ha ricadute negative non solo sul piano della qualità assistenziale, ma anche sul piano previdenziale per i tanti sanitari che nei prossimi anni andranno in quiescenza. L'allarme è stato lanciato durante una convention a Palazzo Alabardieri, dove i medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale (Medici di famiglia, Specialisti ambulatoriali, Medici dell'emergenza e della Continuità Assistenziale) si sono incontrati per un convegno che ha affrontato importanti problematiche della vita pro-

fessionale medica, oltre alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria sul territorio dell'Asl Napoli 1 centro. Erano presenti esperti di previdenza, del fisco, consulenti del lavoro, oltre ai massimi dirigenti dell'Asl Napoli 1 centro.

«I medici purtroppo non devono occuparsi solo della salvaguardia della salute dei propri pazienti, ma sono professionisti che quotidianamente devono fare i conti con l'elefantica burocrazia italiana (sanitaria e non), con un fisco sempre mutevole e più oneroso, con le incertezze della previdenza, con la gestione del proprio studio e del personale dipendente, con le problematiche dell'informatizzazione», ha affermato Saverio Annunziata, dirigente nazionale del Sumai Medicina generale.



«Tutto ciò sottrae sempre più tempo ed energie al medico per la cura dei propri assistiti. Diviene pertanto indispensabile affidare la gestione degli aspetti non medici ad un team di professionisti esperti che interagi-

scono quotidianamente con i medici organizzati in associazioni o cooperative. Ne trarrebbero notevoli vantaggi anche i pazienti», conclude Annunziata.

«In accordo con l'Asl Na1 centro, i medici di famiglia stanno potenziando l'assistenza ai pazienti affetti dalle patologie a maggiore impatto sociale: dal diabete, all'ipertensione, alle bronchiti croniche, al paziente fragile. Un più attento monitoraggio di tali pazienti, con una raccolta minuziosa dei dati clinici informatizzati, consente una medicina di iniziativa che non aspetta il paziente che si reca allo studio quando insorge una complicanza, ma la previene - sostiene Giuseppe Tortora, vice segretario nazionale del Sumai Medicina generale. - Inoltre l'Asl NAa centro sta preparando importanti screening per la prevenzione di alcuni tumori ed i Medici di famiglia sono in prima linea in questa iniziativa», conclude Giuseppe Tortora.

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

Sulla pelle dei pazienti

Il nuovo testo ricalca quello del 2006, ma con un significativo peggioramento che abbassa il profilo etico della professione

di **Gilberto Corbellini**

Chi ha redatto e approvato il nuovo Codice di Deontologia Medica non deve aver letto il libro di Carlo Augusto Viano *La scintilla di Caino* (Bollati Boringhieri), dove si dimostra che la coscienza del medico, via via che la medicina è diventata un mezzo di liberazione dell'uomo, si trasformava da strumento per proteggere i pazienti da abusi, a pretesto per rifiutarsi di rispettare decisioni che rientrano nell'esercizio dei diritti fondamentali dell'individuo. L'arcinota litania del medico «che agisce in scienza e coscienza» è tirata in ballo per giustificare tutto, ma anche il suo contrario. Mentre la ricerca neuroscientifica getta luce sulla scarsa affidabilità morale della coscienza – nonché su aspetti rilevanti anche per le conseguenze dei disturbi che la colpiscono – proprio i medici si ostinano a pretendere di far prevalere la «loro» di coscienza, a scapito di quella dei pazienti. In particolare rispetto al diritto all'autodeterminazione.

Il nuovo codice non è cambiato molto, rispetto a quello del 2006 (quindi recentissimo), ma significativamente in peggio. Come rileva anche Sandro Spinsanti, che ha cominciato a insegnare etica medica in Italia dal 1976 e qualcosa ci capisce, in un'editoriale pubblicato sul sito di Aifa (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nuovo-codice-medico-deontologico-tanta-ombra-sotto-il-sole>). Leggiamo dal nuovo articolo 1: «Il codice, in armonia con i principi etici di umanità e solidarietà, e civili di sussidiarietà, impegna il medico nella tutela eccetera». Nel 2006 recitava: «Il comportamento del medico anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stes-

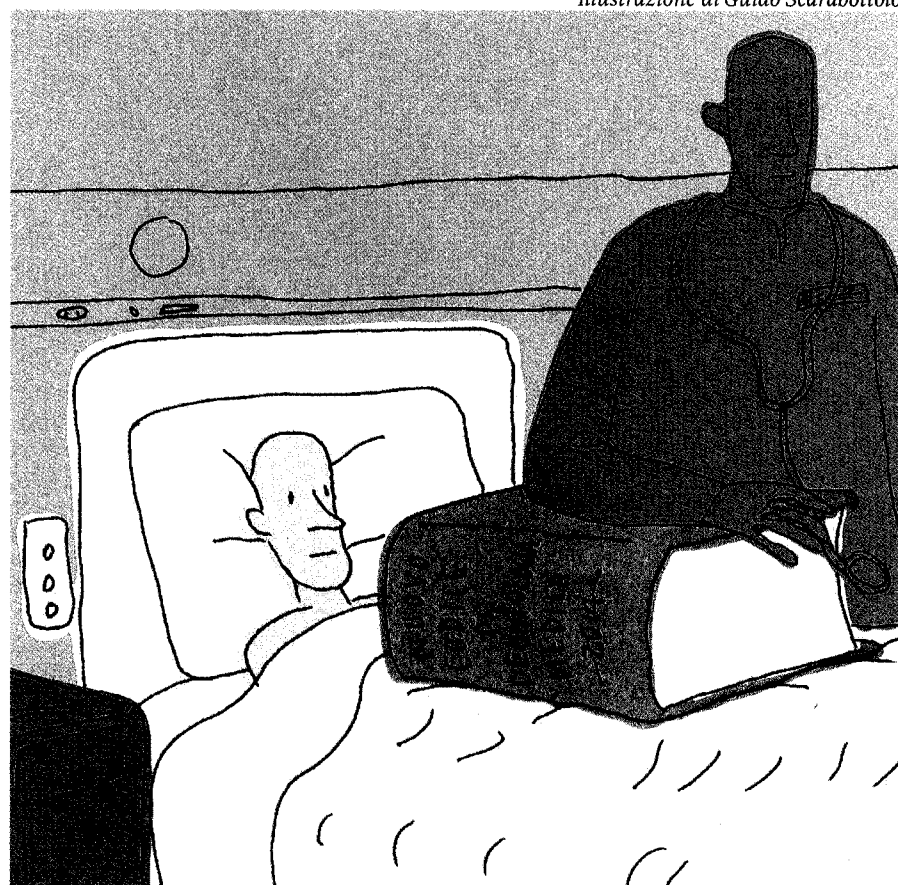


Illustrazione di Guido Scarabottolo

sa, in armonia con i principi di solidarietà, umanità e impegno civile che la ispirano». A parte che era scritto meglio, la scelta di specificare che umanità e solidarietà sono principi etici, e di introdurre il principio civile (unico, quindi perché il plurale?) di sussidiarietà, significa fondare il Codice su sentimenti marcatamente religiosi; al di là delle valenze politico-economiche assunte dalla sussidiarietà nell'ambito sanitario. Perché non anche equità, beneficienza e rispetto dell'autonomia del paziente? Di libertà e autonomia si parla all'articolo 4 e altrove: ma solo per il medico.

Una parte dei medici critica l'inserimento degli articoli sulla «medicina potenziativa ed estetica» e sulla «medicina militare», ritenuti frutto di pressioni extra-professionali. E vi è chi lamenta la scomparsa di termini come «comparaggio», «eutanasia» e «dovere». Gli ordini di Bologna e Milano minacciano di non applicare il nuovo Codice. Valeva la pena generare tante insoddisfazioni? L'articolo sul-

le «Dichiarazioni anticipate di trattamento» sembra copiato dalla pessima legge approvata (solo) dal Senato nella scorsa legislatura. Anche quello sulla «Procreazione medicalmente assistita» è poco conforme alla Costituzione. Perché scrivere che è vietata la «selezione etnica o genetica», nonché «la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca»? Intanto non si capisce a chi possa venire in mente di praticare la «selezione etnica», e come potrebbe in Italia. Ma la diagnosi preimpianto, giudicata legittima dalla Corte di Strasburgo e da un tribunale italiano, è una forma di «selezione genetica», che consente a una coppia di evitare l'aborto per non far nascere un figlio con grave malattia genetica. Inoltre, la produzione e l'impiego di embrioni (umani!) nella ricerca è lecito e legittimo in alcuni Paesi civili.

Nonostante il caso Stamina, l'Ordine non ha pensato di aggiornare gli articoli sui trapianti di organi, tessuti e cellule, dicendo qualcosa sul ruolo del medico al fine di evitare che

malati disperati cadano preda di ciarlatani e intraprendano costose e dannose avventure. Una conferma che sulla vicenda Stamina i vertici dell'Ordine sono stati asfaltati per pavidità o calcolo. Invece di dedicarsi ad accumulare potere e cariche traloro in conflitto (il presidente è anche senatore eletto nelle file del Partito Democratico), dovrebbero, forse, farsi un esame di... coscienza. Dato che dei medici hanno aiutato Vannoni & Co., nonostante l'articolo 13 del Codice: «Il medico non deve adottare né diffondere terapie segrete». D'altro canto, la comunità degli scienziati muoveva ogni possibile angolo del mondo in patria e fuori (premi Nobel, accademie e nostri politici) offrendo tutte le informazioni e i dossier risultanti dalle loro indagini sull'infondatezza e gli interessi economici di Stamina, e senza mai mascherarsi dietro la «compassione non compassionevole» all'italiana. Se i medici non capiscono che l'informazione che rende valido il consenso deve prima di tutto essere *veritiera*, persisterà il rischio che altri comitati etici compiano l'errore di quello degli Spedali Civili, che ha dato il via libera ai trattamenti Stamina e all'abuso di bambini come cavie.

L'articolo più incredibile è il 15: «Sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali». Scandaloso per i modi ipocriti in cui è scritto, che smentiscono tutto quello che nel resto del Codice si dice circa l'impegno (mai dovere!) del medico ad attenersi alle conoscenze e prove scientifiche, quando queste sono disponibili, nell'esercizio della professione.

All'origine della revisione del Codice sembra esservi l'accordo tra la parte politica dei medici affetta da tic antiscientifici, che vuole sdoganare le medicine alternative e accentuare la connotazione burocratico-amministrativista della medicina, e la parte che vuole ristabilire il paternalismo e alcuni valori illiberali, temporaneamente superati dalla storia. Un compromesso fatto sulla pelle dei pazienti e a scapito dei loro diritti fondamentali, che definisce un profilo più tecnico, che scientifico e intellettuale, per il medico. Se si confronta l'evoluzione storica dei codici deontologici dei medici, con quelli degli infermieri, sembra che mentre questi ultimi cercano di alzare il profilo etico della professione, i medici procedano in senso contrario. Per non dire dell'effetto che fa costatare la farraginosità e lo stile involuto del Codice italiano, a fronte della limpidezza, per esempio, di quello francese.

Nell'intento di contrastare la medicina difensiva, la soluzione adottata rischia di burocratizzare le scelte del medico Il valore delle linee guida e delle "buone pratiche" nel labirinto normativo della legge Balduzzi

Le linee guida nella loro attuale concezione nascono alla fine degli Anni 70 negli Stati Uniti, e con l'impeto dell'Evidence Based Medicine (EBM) degli Anni 90, si è assistito a una proliferazione non solo di linee guida, ma anche di protocolli e procedure. Il crescente interesse nei confronti delle linee guida è dipeso dall'emergenza, all'interno dei sistemi sanitari europei ed extraeuropei, di problematiche quali l'invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento della spesa sanitaria, la diffusione di tecnologie dispendiose, la disomogeneità qualitativa dell'offerta sanitaria all'interno di uno stesso territorio nazionale e il desiderio dei professionisti di offrire, e dei pazienti di ricevere, le migliori cure possibili.

Nell'attuale contesto socio-culturale è andato sempre più affermandosi il contenzioso legale cui il cittadino ricorre quando ritiene di essere stato danneggiato. La domanda di medicina è radicalmente cambiata: va ben oltre la cura fisica delle malattie e obbliga verso una medicina scientifica la più adeguata possibile alla società di riferimento. Il medico può incorrere nella resistenza a questo attacco ricorrendo ad accentuato proceduralismo, ad un ricorso esagerato alle evidenze statistiche, all'uso burocratico del consenso informato, alla subordinazione acritica delle decisioni alle linee guida, a quella che viene definita Medicina Difensiva.

L'articolo 3 della legge Balduzzi prevede che «l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo». Lo scopo posto nella redazione della nuova disciplina pare volto a limitare gli effetti della cosiddetta "medicina difensiva": quella pratica in cui i medici attuano controlli, esami diagnostici, fino ad interventi non per reali esigenze di tutela della salute, ma per "cautelarsi" contro una eventuale azione di responsabilità. La legge di conversione non ha più rilevanza solo civilistica, come risultava dalla versione primigenia, ma omnicomprensiva, prevedendosi l'esclusione della responsabilità penale per colpa lieve quando il medico si attenga alle linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. Si tratta tuttavia di una legge oggetto di discussioni e critiche. Infatti il primo problema da risolvere è capire in quali situazioni si possa ritenere che l'operato del medico, seppur conforme alle linee guida e ai protocolli sia comunque colposo (in modo lieve o grave). Controverta è la scelta di quali "linee guida" e quali "buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica" prendere in riferimen-

to. Non vengono precisate le fonti, le modalità di produzione e le procedure di diffusione, con il risultato di rendere indeterminabile l'area della non punibilità. Mentre l'articolo 1 del decreto definiva «l'osservanza delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale», questa affermazione non viene più specificata dalla legge di conversione. Questo può comportare il rischio di riferirsi a linee guida di scarsa qualità o troppo rigide. Non bisogna inoltre dimenticare l'individualità del paziente per cui l'applicazione concreta delle linee guida deve essere "personalizzata". Nell'intento di contrastare la medicina difensiva, la soluzione adottata dalla legge Balduzzi tradirebbe questa finalità rischiando «di burocratizzare le scelte del medico e quindi avvilendo il progresso scientifico».

Dobbiamo ricordare che le linee guida nascono quando sussiste una conoscenza insufficiente del processo etiologico della patologia o delle possibilità terapeutiche. E' la malattia quindi il vero colpevole da "sanzionare", e non il clinico che non sa come intervenire in modo efficace. In conclusione le linee guida costituiscono dei parametri di comportamento per il medico, che è tenuto in primo luogo, a verificarne l'atten-

Nicola Surico:

Presidente CIC (Collegio Italiano dei Chirurghi)

Past President SIGO (Società Italiana Ginecologia e Ostetricia)

dibilità e, in secondo luogo, ad adattarle al singolo caso. Il "Decreto Balduzzi", quindi, presentato come uno strumento risolutivo della complessa situazione che attiene al tema della responsabilità professionale in

area sanitaria, in concreto, non ha risposto alle aspettative che ne avevano preceduto la sua emanazione e conseguente conversione in legge, creando invece problemi interpretativi e perplessità applicative.



Il nuovo fisco: legalità e dialogo

Lo «stile» di Rossella Orlandi, indicata dal governo alla successione di Attilio Befera

Antonio Criscione
MILANO

■ Grande competenza, grande rigore tecnico, grandi capacità di "fare squadra". Chi conosce bene Rossella Orlandi non esita a descrivere così le "qualità" del prossimo direttore dell'agenzia delle Entrate.

Del resto, l'altalena dei candidati alla vigilia della nomina, con letture forse un po' troppo politicizzate delle due figure che si ritenevano più credibilmente indicate alla successione di Attilio Befera - quella appunto di Rossella Orlandi e quella di Marco Di Capua - lasciavano ben sperare, perché in entrambi i casi sarebbe stato nominato un tecnico di valore, difficilmente inquadrabile in termini di schieramenti. Esattamente quanto era successo con il predecessore Attilio Befera che, al di là di qualche polemica nel corso degli anni, si era guadagnato la fiducia sia di governi di destra che di sinistra, lasciando pochi spazi per una lettura politica delle Entrate.

Il compito di un direttore dell'Agenzia è in parte tracciato dall'esterno: l'amministrazione delle entrate, la lotta all'evasione, i servizi ai contribuenti. E, certamente, nell'immediato anche la partecipazione all'elaborazione - dal punto di vista tecnico - delle scelte che andranno fatte per l'attuazione della delega fiscale. Eppure non è tutto. Volendo o no, il direttore dell'agenzia delle Entrate è la "faccia" del fisco per i cittadini italiani.

Se si volesse allora immaginare uno «stile Orlandi», i primi due elementi che emergono, dentro e fuori l'agenzia, sono la competenza e il rigore. Un aspetto, quest'ultimo, che gli informati invitano a non confondere con "rigidità".

Chi la conosce da vicino sa che Rossella Orlandi è fiera di essere «nata in agenzia» (lavora in amministrazione finanziaria dal 1981), di avere svolto compiti che vanno dalla pre-

RAPPORTO DI FIDUCIA

Non basta l'efficienza:
«Il fisco - ha spesso detto Rosella Orlandi - si cambia negli uffici, nei rapporti con i cittadini»

senza allo sportello alle responsabilità nazionali, dove è stata direttore aggiunto all'accertamento, alla direzione della direzione regionale del Piemonte. Conosce bene le questioni dell'evasione, da quella che si muove sui binari delle triangolazioni con l'estero a quella magari che si intercetta più con la tracciabilità dei pagamenti. E conosce bene anche il mondo degli studi di settore, ovvero il mondo sterminato di quasi 4 milioni di piccole attività e professionisti. Anche le prime fasi di elaborazione del redditometro l'avevano vista alla direzione centrale accertamento partecipe di quel lavoro. Una visione quindi a tutto campo.

Una persona a lei vicina ricorda che spesso usa per i funzionari del fisco, lei compresa, il termine "spalatori" quelli che stanno tutti i giorni in Agenzia e fanno "funzionare la macchina", altro termine amato dal nuovo direttore.

La macchina però deve funzionare per recuperare un rapporto di fiducia con i cittadini. Nelle occasioni pubbliche, Orlandi ha sempre parlato della necessità assoluta di un rapporto di fiducia con i cittadini, perché «il fisco - ha spesso detto - si cambia negli uffici, nei rapporti con i cittadini».

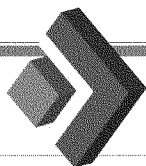
Un rapporto con i cittadini che va di pari passo con la necessità di affermare la legalità. Perché l'evasione fiscale, come si è spesso espressa, mina la concorrenza tra le imprese e arreca danno a quelle più sane.

Dall'interno dell'Agenzia si racconta di come Orlandi non sia mai stata un capo autoritario, ma piuttosto una dirigente che ha sempre saputo "fare squadra" con i suoi collaboratori e ha curato la crescita di molti funzionari del fisco, i "miei ragazzi" come li chiama.

Un'altra parola che certamente sentiremo spesso nei discorsi di Orlandi, all'interno dell'Agenzia e all'esterno è "strategia". Un'idea che si collega, in fondo, a quella di "macchina" (del fisco): qualcosa che ha un senso non solo se è tutto a posto, se tutto funziona bene, ma anche se si sa dove andare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Semplificazioni e crescita
IL NEO DIRETTORE DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE



Le parole d'ordine

Fari puntati sulle triangolazioni con l'estero ma anche sui piccoli contribuenti
Grande attenzione ai rapporti con i cittadini: «La fiducia si conquista negli uffici»



Al vertice. Rossella Orlandi, neo direttore dell'agenzia delle Entrate

I NUMERI DELL'AGENZIA

90 miliardi

Le imposte evase

La forbice tra il gettito potenziale e quello effettivo, era di oltre 100 miliardi nel 2004 e si sta riducendo, secondo i dati diffusi dal direttore delle Entrate uscente, Attilio Befera. Il dato è al netto dell'evasione contributiva

85 centesimi

Il costo per 100 euro di gettito

Per ogni 100 euro di gettito fiscale, considerato nel suo complesso, l'Agenzia costa 85 centesimi (cioè circa lo 0,8 per cento) tra personale, strutture e tecnologia

40.000

Il personale

L'organico dell'Agenzia è sceso di ben 9.000 unità dal 2001 al 2013, registrando quindi un incremento di produttività, in questi 12 anni, che arriva al 23,9% rispetto ai servizi erogati

26%

Il costo dell'evasione

Per ogni 3,82 euro di evasione recuperata, l'Agenzia spende un euro. Si tratta di una percentuale elevata, che corrisponde a oltre un quarto dell'importo recuperato e indica l'enorme dispendio di energie

64%

Le cause vinte

L'enorme contenzioso fiscale vede l'agenzia delle Entrate vittoriosa in quasi due casi su tre, nonostante l'enorme complessità della normativa che induce i contribuenti a resistere alle richieste del fisco

75%

Il denaro incassato nelle liti

La percentuale sale a tre quarti dei valori in contestazione: solo un quarto degli importi pretesi dall'Agenzia restano in tasca al contribuente una volta terminato il giudizio

L'agenda. I primi impegni del neo direttore

Banche dati «pulite» contro l'evasione

Saverio Fossati

■ Un'attenzione a tutto campo sull'evasione. Non solo per la creazione di elaborazioni statistiche e modelli specifici (come attestano i suoi interventi negli studi di settore sin dalla loro nascita) ma anche nelle fasi più concrete e operative. È del 2007, pochi mesi dopo la sua nomina a direttore centrale aggiunto dell'accertamento, che in un'intervista al «Sole 24 Ore» Rossella Orlandi spiegava in dettaglio le triangolazioni per evadere l'Iva con la cessione dei diritti immobiliari, illustrando con realismo le possibilità di recupero degli importi accertati: il 60-65 per cento. E annunciava il progetto che sarebbe poi diventato norma qualche anno dopo: la banca dati dei valori immobiliari basati sulle compravendite, lo strumento che oggi permetterà anche di fare la riforma del catasto. Competenze che Rossella Orlandi ha affinato con gli anni (e che rappresentano un'indiscussa componente del suo curriculum), arrivando a sgominare, nel 2013, una rete di una dozzina di imprenditori e professionisti nel campo immobiliare coinvolti in una frode fiscale da 85 milioni di euro, con imposte non pagate per 24 milioni.

Il problema, del resto, non sta tanto in una contrapposizione tra attività anti evasione di "grandi" e "piccoli" evasori (si veda l'articolo qui a fianco). Ma forse in un diverso modo di intendere la lotta all'evasione. Così, probabilmente, uno

dei primi nodi da affrontare, per il neo direttore, sarà quello delle banche dati. Un tema che, forse, ci riporta ai famigerati e contestati blitz Finanza-Entrate nei consueti luoghi del turismo di lusso. Così, se del titolare di un ristorante di Cortina e dei suoi familiari si possono conoscere patrimonio immobiliare, automobili, rapporti di lavoro domestico, movimenti bancari e acquisti con carta di credito, perché appostarsi con il taccuino in mano a contare gli scontrini fiscali? Non è, allora, che i dati contenuti negli archivi non sono in realtà "certi e coordinati"? La risposta non sembra potersi discostare molto da una considerazione complessiva, non troppo positiva, sulla funzionalità e l'affidabilità delle banche dati. Una domanda, quella sulle loro reali possibilità di utilizzo, che l'Agenzia ha sempre lasciato inevasa.

Certo, la nomina di Rossella Orlandi, ben conosciuta a Firenze (dove ha ricevuto anche il cavalierato della Repubblica nel 2010), è arrivata pochi giorni dopo che a Palazzo Chigi circolava il rapporto del Nens, presentato da Vincenzo Visco (sotto il quale è iniziata la sua ascesa ai vertici delle Entrate), rapporto che indica la possibilità concreta di recuperare almeno 58 miliardi (attualmente sono solo 13) di quei 90 (o molti più) di evasione. E forse qualcuno ha pensato che una spinta seria su quel fronte ci voleva.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

COMMERCIALISTI .2

Obbligo di fattura elettronica Tutte le novità del decreto

MINISTERI, AGENZIE fiscali e istituti di previdenza sono i primi soggetti interessati dal decreto che rende obbligatoria la fatturazione elettronica nei rapporti con la Pubblica amministrazione. A spiegare le novità del decreto è **Vincenzo Tiby**, presidente della Commissione Ict dell'Ordine dei dottori commercialisti e degli esperti contabili di Napoli, nonché amministratore della Consultants & Technologies.

A partire dal 6 giugno, infatti, i fornitori di ministeri, Agenzie fiscali e Istituti di previdenza, non possono più inviare fatture in modalità cartacea pena il mancato riconoscimento di ogni forma di pagamento.

“Dal prossimo 31 marzo 2015 come previsto dal Dl 66/2014, l'obbligo sarà esteso a tutte le altre Pa, anche quelle locali - pre-



Vincenzo Tiby

cisa Tiby -. Tutti i fornitori delle Pa dovranno elaborare un file (formato xml) contenente i dati della fattura, firmarlo digitalmente e inviarlo all'infrastruttura trasmissiva dedicata, “Sistema di Interscambio flusso Dati”, gestita dall'Agenzia delle Entrate”.

Riconosciuto il codice, il documento informatico viene trasferito alla tesoreria dell'amministrazione interessata. Il processo si conclude con il ricevimento della notifica di accettazione fattura da parte del Sid al fornitore.

“Da quel momento decorrono i termini ai fini di ogni pretesa finanziaria - spiega Tiby -. Agli aspetti tecnici voglio aggiungere però alcune considerazioni: i tempi sono maturi per il grande salto tecnologico. In attesa che l'Europa si svegli anche a tutela dei la-

voratori che garantiscono prestazioni professionali a favore dello Stato con misure agevolative ad hoc, non ci siamo fermati ed abbiamo tracciato qualche linea operativa”.

Nel 2013 dagli studi dei professionisti sono stati inviati 18 milioni di documenti informativi all'Agenzia delle Entrate. “I file prodotti dai nostri studi e dalle imprese, che genereranno milioni di euro di risparmi per la Pa, dovranno essere conservati in modalità sostitutiva - spiega -. Questo significa che la stampa cartacea è messa al bando a favore di una logica di efficientamento organizzativo ed operativo”. Quali le cose da evitare? “In primis gli investimenti ingenti -. Basta semplicemente rivolgersi a soggetti che svolgono quest'attività ad elevati standard qualitativi a costi contenuti e congrui: senza il lavoro del commercialista difficilmente lo Stato Italiano e gli Enti locali in genere, incasserebbero il dovuto”. •••

Così si ridurranno i costi con la fattura elettronica



DI **MARIO MICHELINO**
consigliere
Odcec Napoli

Caro direttore, lo scorso 6 giugno si è avuto il debutto della fattura elettronica, non senza qualche piccolo problema, visto che alcuni uffici interessati sono ancora in corsa per ultimare il faticoso processo di accreditamento alla piattaforma.

Benché la prima fase di avvio del processo riguardi solamente una parte della pubblica amministrazione, ad oggi poco più del 60% degli interessati ha reso noto i codici necessari per potere emettere la fattura in formato elettronico, con ovvia preoccupazione per ulteriori rallentamenti nei pagamenti della Pa nei confronti dei fornitori.

Secondo una stima fatta

dall'Osservatorio sulla fatturazione elettronica del Politecnico di Milano si pensa che in questa prima fase il totale di fatture che dovrebbe viaggiare in digitale è di circa 7/10 milioni l'anno.

La procedura prevede che la piattaforma, il cosiddetto sistema di interscambio (Sdi), dovrà gestire l'intero flusso delle fatture, riconoscere i documenti contabili e inviarli a destinazione attraverso il binomio imprescindibile codice univoco-codice fiscale.

La diffusione del sistema si espanderà a macchia di leopardo e, sicuramente, si anticiperà di fatto la scadenza del 31 marzo 2015, data ultima per tutte le amministrazioni (termine anticipato dall'articolo 25 del dl 66/2014).

Nei prossimi giorni si innescerà un meccanismo di reazione a catena anche per tutte le altre amministrazioni pubbliche,

l'identificazione del codice Ipa riportato in fattura, con contestuale rilascio al fornitore di una ricevuta di consegna.

Solo in questo momento la fattura si considera ricevuta, e da quella data decorrono i termini di pagamento.

Vale la pena sottolineare che tutti gli uffici della Pa obbligati alla ricezione delle fatture elettroniche devono essere inseriti nell'Indice delle Pubbliche Amministrazioni (Ipa), alle stesse sarà assegnato un codice univoco composto da una stringa alfanumerica di 6 caratteri, rendendolo pubblico sul sito (www.indicepa.gov.it). Il codice univoco, assegnato dall'Ipa, è uno dei dati fondamentali obbligatori da riportare nella fattura elettronica emessa, perché in mancanza di questi la fattura sarà scartata dal sistema di interscambio. Altri dati essenziali che i fornitori do-

vranno riportare in fattura elettronica sono il Cig (Codice identificativo di gara) e il Cup (codice unico di progetto), indispensabili per consentire il pagamento.

In conclusione, oltre a focalizzare l'at-

tenzione sulla compilazione e predisposizione della fattura elettronica, non è assolutamente da sottovalutare la più seria e complessa gestione informatica dei documenti elettronici. La normativa è ben chiara in tal senso, la fattura nata in «digitale» deve seguire un percorso di spedizione, gestione e conservazione in un formato esclusivamente elettronico.

La partenza immediata senza alcuna fase transitoria non è stata del tutto indolore, ma sarebbe inutile e sterile fare l'elenco delle difficoltà che i fornitori della Pa e le stesse Pa dovranno sopportare in questa fase di start up.

I vantaggi più evidenti di questa innovazione saranno quelli collegati alla riduzione di costi, e non solo quelli banalmente identificati nella carta, personale ed archivi, ma i migliori risultati si avranno nell'incremento di produttività di tutta la macchina amministrativa.

Al «taglio» di carta, personale e archivi si affiancherà l'aumento di produttività

comprese quelle locali, che dal 6 giugno sono già tenute a fatturare elettronicamente verso una Pa centrale.

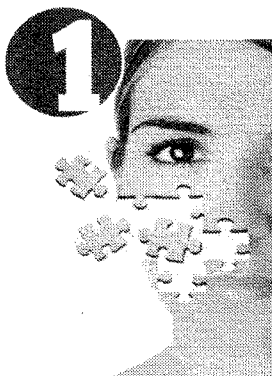
Dall'avvio del nuovo regime i fornitori sono obbligati a trasmettere la fattura in modalità elettronica secondo il formato Fattura PA XML firmato digitalmente. Dalla stessa data, le amministrazioni pubbliche non possono più accettare e, in particolare modo, pagare fatture eventualmente inviate in formato cartaceo o con altro strumento tradizionale, ritenute non valide ai fini del nuovo sistema di «tracciamento elettronico».

Il sistema di interscambio (Sdi) consentirà ai fornitori di inviare i dati nel formato xml, direttamente o tramite intermediari attraverso, a scelta, uno dei tre canali disponibili per gli operatori economici.

Dopo il superamento e la validazione del file con i controlli formali, lo stesso viene inviato all'ufficio competente attraverso

topTen

Le dieci smart news più cliccate della settimana



1 Allergie, un'app dalla Federico II

È **partenopea** la nuova app in grado di svelare eventuali allergie e fare diagnosi sulla pelle sensibile e reattiva. Un ausilio in più anche per il dermatologo estetico: "Sapere, prima di iniziare una procedura di peeling chimico o di laser, come reagirà la pelle e quanto si arrossirà può consentire al dermatologo - spiega **Gabriella Fabbrocini**, Docente di dermatologia alla Federico II e autrice di Sensy app - di ridurre i rischi di tali procedure. Con un semplice click sul telefonino il dermatologo avrà un amico in più per evitare che i pazienti abbiano rischi".

2 POMPEI TOUCH

Con un tocco si ricostruisce un colonnato, una strada, una domus. Pompei rivive in 3d nell'applicazione "Pompei touch", studiata per smartphone e tablet. Sono state fotografate sedici location, tra le più celebri e visitate nell'antica città vesuviana sepolta dall'eruzione del Vesuvio nel 79: dal foro alla Casa del Menandro, fino alle Terme Stabiane, l'anfiteatro e la basilica. A crearla, con un anno di lavoro, **Raffaele Gentiluomo**, esperto di animazioni 3d e specializzato proprio nelle ricostruzioni grafiche legate ai beni culturali.

3 FARMACI SMART?

Circa quattro milioni di pazienti in Italia sono a rischio cuore a causa dei "farmaci intelligenti" o "biologici" utilizzati per la cura del cancro. La denuncia arriva in occasione del secondo Congresso nazionale dell'associazione italiana di Cardioncologia (Aico), che ha preso il via giovedì a Napoli. Tema principale le "nuove sfide" dell'assistenza e della ricerca. "In molti casi - spiega il presidente nazionale dell'Aico, **Nicola Maurea**, direttore della struttura complessa di Cardiologia al Pascale - si cura un male e se ne produce un altro".

4 PORTALE PER STARTUP

È online Campania In.Hub, il portale regionale della ricerca e dell'innovazione. Completamente rinnovato nella grafica e nei contenuti. Con aggiornamenti quotidiani, si pone come un punto di riferimento informativo con focus su opportunità, bandi regionali, nazionali ed europei, partecipazioni a manifestazioni internazionali, premi, business competition e concorsi di idee. Particolare rilievo viene dato al mondo delle startup a partire dalla nuova piattaforma presentata da pochi giorni e creata per realizzare una mappatura costante di startup innovative, acceleratori, incubatori e inhubber presenti sul territorio regionale.

5 PERFEZIONE SOCIAL

Una app per condividere i momenti perfetti. È l'idea di **Adele Savarese**, ventinovenne startupper ed esperta di tecnologia. Californiana di nascita ma napoletana di adozione, Adele con la sua idea diventata impresa sta scalando l'interesse globale. La start up si chiama Setlife, ed è stata pensata un anno fa. L'headquarter è per il momento Oltreoceano, precisamente a Manhattan. Anche se il cuore di Adele batte in Italia.

6 A NEXT HUB-SPA

Si parla di sogni e idee, di lavoro e determinazione. Si parla di innovazione dal basso, di periferie e di meridione d'Italia a Next, Repubblica delle Idee. Sul palco del Teatrino di Corte di Palazzo Reale, **Riccardo Luna** incontra giovani ricercatori, tecnici, esperti di innovazione, uomini e donne "generosi, ingegnosi e sognatori". Tra i protagonisti **Armando Di Nardo**, fondatore di Hub SPA, primo incubatori privato della Campania con capitale sociale di 250 mila euro.

7 SUCCESSO PER INPUT

"Smart city", la città intelligente è il tema di Input 2014. L'ottava conferenza internazionale su "Innovation in Urban and Regional Planning" si è tenuta a Napoli dal 4 al 6 giugno prossimi: un'opportunità per riflettere sull'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nell'urbanizzazione.

8 COLPO ALLA DISTROFIA

Scoperto l'interruttore della crescita muscolare. A trovarlo sono stati i ricercatori dell'Istituto di chimica biomolecolare del Consiglio nazionale delle ricerche di Pozzuoli, guidati da **Vincenzo Di Marzo**. Il team ha caratterizzato per la prima volta il ruolo di una proteina nel differenziamento delle cellule muscolari scheletriche. Lo studio, che potrebbe aprire la strada a nuove strategie terapeutiche per le patologie muscolari come le distrofie, per le quali non sono attualmente disponibili trattamenti farmacologici risolutivi, è pubblicato sulla rivista Proceedings of the National Academy of Sciences (Pnas).

9 NUOVO RAZIONALISMO

Focus sul razionalismo italiano presso il dipartimento di Architettura della Federico II nell'ambito del terzo ciclo "Leggendo di architettura e città" coordinati da **Marichela Sepe**. A partire dal volume di **Federica Visconti** "Il Razionalismo italiano" si discuterà di "Razionalismo architettonico e architettura razionale". Presenti il direttore del DiARC **Mario Losasso** e gli interventi di **Fabio Mangone** e **Franco Purini**.

10 FONDI PER L'AEROSPAZIO

Invitalia firma con i responsabili di Mbda Italia (che fa capo ai gruppo anglo-franco-italiano dell'alta tecnologia) un Contratto di Sviluppo di 48 mln di euro per il potenziamento degli stabilimenti dell'area industriale della provincia di Napoli.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



DA MARTEDÌ ALL'EREMO DEI CAMALDOLI

Asl Napoli 1, fascicolo sanitario elettronico:
parte il corso di alta formazione

NAPOLI. Il Fascicolo Sanitario Elettronico nelle Asl italiane, esperienze di qualità a confronto. Dal martedì a venerdì parte il corso di Alta formazione di Fascicolo Sanitario Elettronico in Italia, giunto alla sua quarta edizione. Il corso, che si terrà all'Eremo dei Camaldoli a Napoli, è promosso dal Discum (Dipartimento di scienze della comunicazione e Discipline Umanistiche) dell'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo e dalla Luiss di Roma, in collaborazione con AssinterItalia, Federsanità Anci, Fiaso e l'Istituto dei tumori di Napoli. All'inaugurazione, che si terrà nella sala convegno dell'Eremo, alle ore 14 di martedì interverranno, tra gli altri, il sub commissario ad acta della Regione Campania, Ettore Cinque e il direttore del Pascale, Tonino Pedicini.

La protesta

L'ira degli utenti: «Ticket sanitari, dispositivi in tilt»

A Marano, dispositivi per il pagamento del ticket sanitario in tilt, utenti sul piede di guerra. Il guasto risale ai mesi scorsi ma nessuno – nonostante le reiterate proteste dei cittadini – ha provveduto alla riparazione. E così gli utenti del distretto sanitario di via Mario Musella, in genere anziani e donne, sono

costretti a recarsi in banca o presso gli altri distretti sanitari dell'hinterland per effettuare le pratiche. Un problema di non poco conto per l'utenza, anche se l'Asl consente di effettuare il pagamento anche nei giorni successivi alla prestazione, prenotata il più delle volte molti mesi prima. «È un disagio enorme, un

disservizio che si trascina da mesi - tuonano alcuni utenti - Siamo costretti infatti a perdere molte ore per raggiungere gli uffici postali, le banche, e a perdere molte ore anche in lunghe file in quanto gli sportelli sono perennemente affollati».

ste.pe.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il convegno

Sanza, dieta mediterranea per vivere sani e a lungo

Antonio Citera

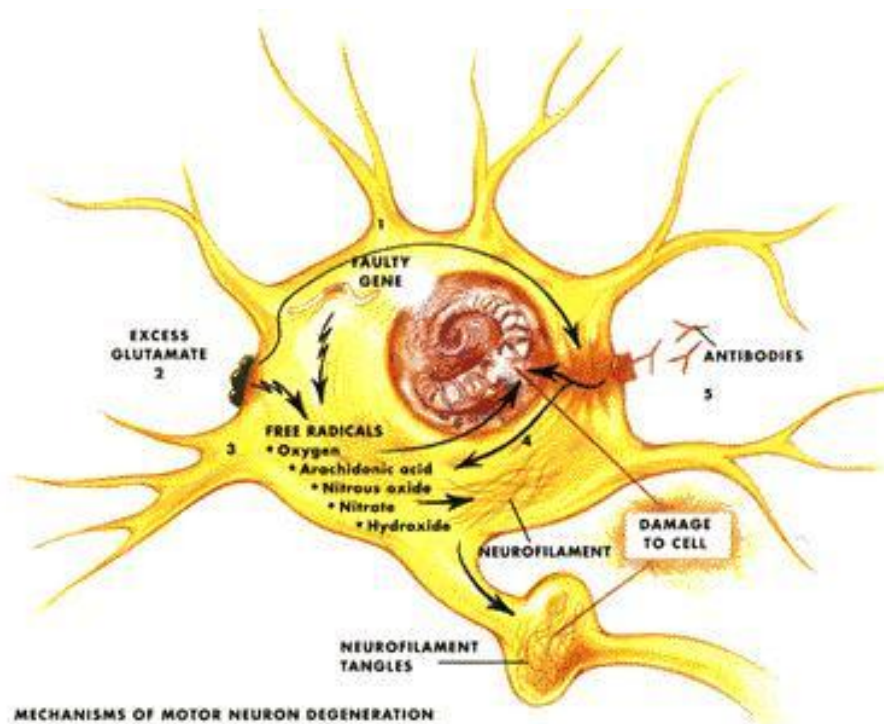
La dieta mediterranea e i suoi benefici sulla salute umana, questo il tema principe che ha fatto da sfondo al convegno «Il popolo di Sanza e la dieta mediterranea» tenutosi al Centro di Educazione ambientale in località Salemme di Sanza. Tra i relatori, De Luca Franciscis (dirigente medico, servizio di Endocrinologia e diabetologia Dsb Cava de' Tirreni e Costa d'Amalfi), Annamaria Colao (ordinario di Endocrinologia, Federico II di Napoli), Pasquale Sabatino (endocrinologo Asl Salerno) e Felice Bernardi, funzionario regionale. In evidenza, uno studio sulle abitudini alimentari condotto sulla popolazione di Sanza, un'analisi completa di usi e comportamenti a tavola. Lo scopo è quello di diffondere e di carpire la giusta equazione tra il mangiare sano e il vivere in salute rispettando i principi cardini della dieta mediterranea. Il risultato ottenuto dalle risposte dei cittadini che alcuni mesi fa hanno compilato un questionario è stato più che soddisfacente: «Una buona attitudine al rispetto di una dieta sana ed equilibrata che si attiene molto alle ferree regole della dieta mediterranea».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News





Donne e diabete, in medicina il genere conta

di SERGIO HARARI

Per una donna sapere di essere diabetica e di avere una probabilità nettamente superiore a un diabetico uomo di rischiare un ictus non è un'informazione che si apprende a cuor leggero. Ma è quanto emerge da un importante studio di metanalisi — quelle ricerche che valutano l'insieme di più studi cercando di interpretarne i risultati nel loro insieme — pubblicato pochi giorni fa sulla rivista «The Lancet». La ricerca ha analizzato dati che riguardavano oltre 775.000 soggetti, diabetici e non, e più di 12.500 ictus, giungendo alla conclusione che le donne diabetiche hanno il 27% di probabilità in più degli uomini, a parità di fattori di rischio, di andare incontro a un accidente cerebrovascolare. Queste informazioni importanti si sommano al dato già noto che le donne diabetiche presentano problemi coronarici gravi più frequentemente dei maschi, aprendo nuove prospettive di ricerca e di prevenzione cardio-vascolare per il sesso femminile. Oggi nel mondo contiamo oltre

380 milioni di diabetici, ma i cambiamenti di stili di vita e di alimentazione stanno causando una rapida crescita di questa condizione e le proiezioni epidemiologiche ci dicono che nei prossimi 20 anni il numero arriverà a toccare i 600 milioni, con una maggior prevalenza della malattia nei Paesi poveri. Oltre a sottolineare importanti aspetti epidemiologici lo studio di «The Lancet» ha però un altro merito: quello di approfondire come in medicina i fattori legati al sesso giochino un ruolo molto più rilevante di quanto non pensassimo in passato. È una lezione dalla quale apprendere per sviluppare nel prossimo futuro studi e strategie di intervento che tengano in considerazione aspetti sesso-specifici mirati alla popolazione femminile. È l'affermazione di quella che gli anglosassoni chiamano «gender medicine» (medicina di genere), un aspetto importante sinora sottovalutato in medicina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prospettive Gli altri obiettivi fondamentali sono la prevenzione e la riduzione dei costi dei nuovi farmaci

Cure migliori contro il cancro Ora si punta alla qualità della vita dei malati (e dei loro familiari)

DAL NOSTRO INVIATO A CHICAGO

Il 9 aprile del 1964 sette famosi oncologi americani si incontrano a pranzo in una sala dell'Edgewater Beach Hotel di Chicago per discutere una questione che hanno molto a cuore: la possibilità di migliorare le cure per i malati di cancro. Allora il cancro faceva molta paura, di farmaci ce n'erano pochi ed erano molto tossici e la malattia era pressoché incurabile. Così i sette medici (fra cui una donna) fondano l'American Society of Clinical Oncology, l'Asco, una delle associazioni di medici più importanti al mondo, con l'idea di trovare qualche soluzione al problema.

Quest'anno l'Asco, con i suoi cinquant'anni di vita e i suoi 35 mila affiliati ha celebrato, sempre a Chicago, ma al Mc Cormick Convention Center, il gigantesco centro congressi sul lago Michigan, l'anniversario durante il suo meeting annuale: un'occasione per un bilancio sui progressi fatti in questi anni e per individuare le sfide future. A partire dalle conquiste della ricerca.

Se negli anni Sessanta i far-

maci disponibili erano soprattutto i chemioterapici (composti chimici che distruggono le cellule malate, ma anche quelle sane), oggi la farmacia anti-tumore può contare su almeno 170 prodotti, compresi i nuovi farmaci biologici per terapie mirate (che, cioè, agiscono direttamente sulle cellule tumorali). E le molecole in arrivo sono sempre più efficaci nell'aumentare la sopravvivenza dei pazienti (si veda l'articolo a fianco).

Non solo: anche la diagnostica ha fatto passi da gigante e oggi le sofisticate indagini di imaging, come la risonanza magnetica, permettono di scovare tumori molto piccoli, di intervenire con rapidità e con una prognosi migliore.

Attualmente più dei due

terzi delle persone sopravvivono a cinque anni dalla diagnosi di tumore, mentre negli anni Sessanta erano meno della metà.

«Ma gli oncologi non devono soltanto aiutare i pazienti a vivere più a lungo, — ha detto Patricia Ganz dell'University of California di Los Angeles — devono assicurare loro la migliore qualità della vita, preoccuparsi di chi li assiste e anche tener d'occhio i costi della malattia per la comunità». Non a caso il meeting di quest'anno aveva come titolo «Scienza e società» e di questi temi hanno tenuto conto molti dei lavori presentati al congresso.

Un primo esempio: la possibilità di preservare la fertilità dopo una chemioterapia. Una giovane donna colpita da un tumore al seno desidera innanzitutto guarire, ma potrebbe poi volere un figlio: la chemioterapia, invece, provoca una menopausa precoce. Adesso uno studio coordinato da Halle Moore della Cleveland Clinic in Ohio ha dimostrato che la somministrazione di goserelin, un ormone che mette a riposo l'ovaio, aumenta le chance di avere un bambino. Nel gruppo di donne trattato con l'ormone il 21 per cento ha dato inizio a una gravidanza, e nel 15 per cento ha messo al mondo un bambino. Nel gruppo di controllo, invece, solo l'11 per cento ha concepito e il 7 per cento ha poi partorito. Questo tipo di trattamento potrebbe, dunque, rappresentare un'alternativa più economica e meno invasiva al prelievo e alla conservazione degli ovuli (o di embrioni) per la fecondazione in vitro.

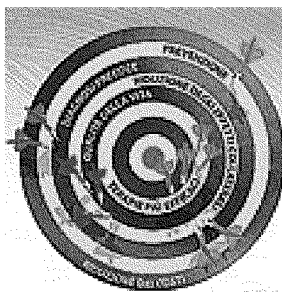
Il problema della qualità della vita non riguarda solo i

pazienti, ma anche i *caregivers*, cioè coloro che li assistono, e che possono andare incontro a una serie di disturbi da stress e a forme di depressione. Uno studio presentato da Marie Bakitas dell'University of Alabama di Birmingham ha dimostrato che un programma di supporto messo in atto precocemente e offerto via telefono ai familiari che si prendono cura di persone con cancro avanzato, può essere di grande aiuto. Il programma prevede una serie di suggerimenti su come affrontare i problemi in maniera creativa, come rilassarsi, come alimentarsi correttamente e come ricavare un po' di tempo anche per esercizio fisico.

Altro elemento di punta discusso al congresso è quello del risparmio di farmaci (è la filosofia chiamata *Choosing Wisely*, un'iniziativa in atto negli Stati Uniti che ha

l'obiettivo di far dialogare medici e pazienti sul problema del corretto uso dei farmaci) sia per ridurre gli effetti collaterali per i pazienti sia per contenere i costi delle terapie. Gabriel Hortobagyi dell'MD Anderson Cancer Center dell'University of Texas ha dimostrato che donne con tumore al seno e metastasi ossee dopo un anno di trattamento mensile con acido zaledronico, possono scalare le dosi e limitarsi a una somministrazione ogni tre mesi: i risultati, in termini di riduzione delle complicanze da metastasi sono paragonabili, con minori effetti collaterali (osteonecrosi mandibolare e danni renali) e minori costi.

Un ultimo punto su cui l'Asco invita a riflettere è quello della prevenzione. «Occorrono più sforzi per modificare i fattori di rischio legati all'ambiente e all'ali-



Il congresso

Il punto sulla situazione dal più importante meeting mondiale di oncologia

Il riconoscimento

Il prestigioso premio Bonadonna quest'anno va a un italiano

Erano sette gli oncologi che, nel 1964 a Chicago, hanno fondato l'American Medical Association of Clinical Oncology (Asco). Erano sette anche a Milano, all'Istituto Tumori, negli anni Sessanta i medici che hanno dato vita all'oncologia italiana: i sette samurai, come raccontano Daniela Minerva e Silvio Monfardini (uno di loro, gli altri erano Gianni Bonadonna, Mario De Lena, Emilio Bajetta, Gabriele Tancini, Gianni Beretta, Pinuccia Valagussa) nel libro «Il bagnino e i samurai» (Codice Ed.). Fra questi c'era, appunto, Gianni Bonadonna, pioniere della chemioterapia dei linfomi di Hodgkin e della mammella. A lui è dedicato il Bonadonna Breast Cancer Award che l'Asco assegna ogni anno a chi si è distinto a livello mondiale nella lotta al cancro al seno. Nell'edizione 2014 il premio è andato a Aron Goldhirsch, direttore del Programma di senologia e vice direttore scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano.

mentazione — ha detto Clifford Hudis, presidente dell'Asco —. Oggi l'obesità ha superato il tabacco ed è il principale fattore di rischio soprattutto per quanto riguarda il tumore del seno e del colon».

Anche l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) è sensibile al tema della prevenzione e da Chicago ha lanciato un appello al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin perché i sei mesi di Presidenza del Consiglio dell'Unione Europea diventino il "semestre della prevenzione contro il cancro".

«Chiediamo che l'Italia si candidi a capitale europea della prevenzione oncologica — ha detto Stefamo Cascinu, presidente dell'Aiom —. Un titolo che potrà essere ricoperto da ogni Paese chiamato ad assumere la presidenza Ue. Promuovendo però iniziative concrete. Solo così la prevenzione potrà comportare risparmi significativi».

Secondo le stime dell'Aiom, che promuove già diverse iniziative nelle scuole e annuncia una campagna contro i danni da fumo passivo, si potrebbero risparmiare sei miliardi di euro in cinque anni grazie a campagne di prevenzione oncologica. Questa cifra raggiungerebbe 50 miliardi complessivi in Europa se iniziative di prevenzione venissero estese a tutti gli Stati membri. Un solo dato per capire la dimensione del problema: il tumore al polmone costa all'Ue 18,8 miliardi l'anno ed ecco perché la lotta al fumo, il principale fattore di rischio per questa neoplasia è un investimento che può dare un gran ritorno.

abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sperimentazioni Criteri diversi nella selezione dei pazienti per gli studi

Le ricerche su grandi numeri non saranno più indispensabili

Si cambia prospettiva. Adesso le sperimentazioni degli antitumorali di ultimissima generazione, quelli a bersaglio molecolare (che colpiscono cioè molecole specifiche delle cellule tumorali) non dovrebbero più essere condotte scegliendo i pazienti secondo la localizzazione del tumore (al polmone, al seno eccetera), ma secondo la "firma" genetica delle cellule tumorali (si veda anche l'articolo nella pagina accanto).

Su questa scia si è già posto l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano con uno studio presentato all'Asco. «Molti tumori

esprimono un *oncogene* che si chiama N-Trk1 (isolato proprio all'Istituto, per la prima volta nei tumori alla tiroide) — dice Filippo de Braud, direttore della dell'Oncologia Medica all'Istituto, che ha coordinato la ricerca —. Questo oncogene quando si fonde con altri oncogeni produce un recettore chiamato Trka, che viene a sua volta attivato dall'Ngf (il fattore di crescita neuronale, scoperto da Rita Levi Montalcini): così partono i segnali per la moltiplicazione cellulare. L'idea è di bloccare il recettore per inibire la crescita del tumore». Il farmaco a questo scopo, che è stato messo a punto in Italia, non ha an-

cora nome ma, per ora, solo una sigla: Rdx101.

«Abbiamo condotto una prima sperimentazione su 19 pazienti con diversi tipi di tumore (del polmone *non a piccole cellule*, del colon, del pancreas, neuroblastomi e sarcomi) ma con le stesse alterazioni genetiche — continua de Braud — per cercare di capire qual è la dose ideale di farmaco. Nel frattempo abbiamo osservato una risposta positiva in sei pazienti con diversi tipi di neoplasie».

Questo cambio di strategia nello studio di nuovi farmaci pone una serie di problemi.

«La biologia molecolare —

commenta Stefania Gori, segretario dell'Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica) e oncologa all'Ospedale Negrar in provincia di Verona — sovverte le classiche regole della ricerca oncologica. Adesso non è più necessario reclutare grandi numeri di malati con una certa neoplasia, per esempio un tumore al polmone, ma individuare fra questi coloro che presentano le alterazioni genetiche che li rendono "sensibili" a certi farmaci. C'è da chiedersi se le autorità regolatorie, che devono registrare le nuove molecole, recepiranno questo cambiamento di rotta in tempi rapidi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il modello Nei pressi di Amsterdam un «villaggio» sfida la medicalizzazione delle persone con demenza grave. E propone per loro non un ricovero, ma una casa, dove vivere usando (e mantenendo) le proprie capacità residue

Normalità per chi ha l'Alzheimer

DAL NOSTRO INVIATO

Non chiamatela casa di riposo. «Ai nostri residenti non piace e in realtà questa definizione non rispetta la nostra visione». Eloy van Hal, dinamico e cordiale direttore dei servizi, sta cercando di spiegarlo a mezzo mondo ormai da sei anni, da quando cioè «De Hogeweyk» e Weesp, la cittadina olandese che lo ospita, sono diventati quasi un nuovo paradigma nella cura delle persone colpite da Alzheimer e altre forme di demenza.

La Weesp antica è una città-cartolina con i suoi mulini a vento, i ponti levatoi, le case alte e strette. Ha ospitato la prima fabbrica di porcellana olandese (1760). Qui è nato il caaco in polvere dei Van Houten.

La gente ormai si è abituata alle delegazioni che da tutta Europa, Nord America, Australia e Asia vengono a visitare il «Dementia Village», come è stato ribattezzato dalla stampa internazionale. «Famosi nel mondo? Non saprei, ma mi fa piacere — dice una delle titolari del centralissimo hotel Het Hart Van Weesp —. Ho avuto una zia ricoverata lì e si sono presi cura di lei molto bene».

«De Hogeweyk» dista dieci minuti a piedi dal cuore del paese. Lungo il tragitto, file di ordinate villette a schiera si alternano a palazzi dalle forme avveniristiche. L'edificio irregolare spunta basso in mezzo a una quinta di alberi che lo separa da casermoni «popolari» a otto piani, da una zona di piccole aziende, un campo sportivo e un terreno dove presto dovrebbe sorgere un nuovo insediamento di villette.

«La parola Hogeweyk (senza la K finale) è il nome del quartiere di Weesp di cui la struttura fa parte — dice il direttore van Hal —. Quando abbiamo aperto nel 1993, il primo nucleo si chiamava «Verpleghuis Hogeweyk», cioè casa di riposo Hogeweyk. Molte persone parlano di noi con questo vecchio nome. Oggi siamo parte del «Vivium zorggroep» (Gruppo di cura Vivium, statale, offre servizi di assistenza domiciliare e gestisce 11 strutture per anziani, ndr) e il nome è ufficialmente «Vivium zorggroep Hogeweyk». I nostri residenti però non vogliono vivere in una casa di riposo, perché non è normale. Così diciamo sempre: i residenti vivono a De Hogeweyk, con la K, perché «weyk» significa «quartiere» in olandese. E la nostra residenza è stata concepita come un quartiere con 23 case, strade e strutture».

In questo paese di 18 mila abitanti, adagiato tra zone ancora a pascolo e canali navigabili a 17 chilometri a sud di Amsterdam, la vera sfida lanciata da «De Hogeweyk» è proprio quella della normalità.

Gli ospiti, pur sempre diagnosticati con una forma di demenza grave, conducono una vita quanto più possibile normale. Non sono «malati» da medicalizzare, ma persone con capacità residue che comunque è possibile mantenere. Così anche il luogo dove trascorrono il tempo non è più un «ricovero», ma una casa. La «loro» casa.

In fase di progettazione, è stato addirittura commissionata un'indagine che ha permesso di identificare i sette «stili di vita» dell'Olanda: cittadino, familiare, culturale, indonesiano, classe agiata, tradizionale e cristiano. Gli architetti Molenaar & Bol & Van Dillen hanno arredato i 23 appartamenti della residenza secondo questi stili, studiando nei dettagli persino i materiali. Prima di entrare a De Hogeweyk, sono gli ospiti stessi a scegliere lo «stile di vita», consigliati dai loro famigliari. E sono liberi di portare con sé, oltre a fotografie ed effetti personali, anche qualche mobile. «Terapia del ricordo», la chiamano. Molto più utile delle medicine — antipsicotici inclusi —, ridotte al minimo. Ogni appartamento è abitato da sei o sette persone, con uno o due accompagnatori sempre presenti. Gli anziani hanno la loro camera da letto spaziosa, ma condividono cucina, soggiorno e sala da pranzo. Ogni unità ha due bagni e una lavanderia con lavatrice e asciugatrice. All'interno del perimetro del «villaggio», gli anziani sono liberi di muoversi come meglio credono. Possono anche uscire ma, per la loro sicurezza, accompagnati. De Hogeweyk non ha telecamere, solo una «reception» a presidio dell'unico ingresso dal quale si deve obbligatoriamente passare e un sistema di controllo acustico che entra in funzione automaticamente alle 22.

«Gli ospiti possono fare la spesa, cucinare e anche fare il bucato se vogliono», aggiunge van Hal. Ovviamente sotto la supervisione e con l'aiuto del team. «Cerchiamo inoltre di incoraggiare una vita attiva, organizzando ogni giorno «club» di spettacoli, concerti e gite». Così sul boulevard centrale si affacciano la «Mozartzaal», dove si ascolta musica classica sorvegliando un tè, un «salone di bellezza» (parrucchiere) e la sala di fisioterapia. Ogni giorno, per lo più dalle 10 e 30 alle 16, gli ospiti possono scegliere tra diversi laboratori (dal giardinaggio alla pittura, dal bricolage alla cottura del pane), della durata di un'ora o un'ora e mezza ciascuna. A De Hogeweyk può entrare chiunque. Abbiamo provato ed è vero. Le porte automatiche restano però bloccate in uscita e per aprirle bisogna rivolgersi alla reception.

Ma proprio per favorire un maggiore

La struttura

La residenza di Weesp, ha 23 case per i 152 ospiti, strade, il supermarket, un teatro e altri servizi aperti agli abitanti del paese

scambio con il territorio, il villaggio è dotato di un ristorante, un piccolo supermercato, un caffè e un teatro fruibile sia dagli ospiti che dagli abitanti del paese. Dalla vicina scuola materna ed elementare, ogni mese i bambini vengono a trascorrere una giornata con i «nonni speciali». Gli abitanti del quartiere, con una forte presenza islamica, vengono a fare volontariato. Un ghetto dunque? Una specie di «Truman Show» in salsa olandese? L'impressione finale sfata i pregiudizi e le interpretazioni che si possono leggere online su De Hogeweyk. Si tratta piuttosto di una «realità sostenibile» per persone di solito emarginate dalla società perché della loro realtà, qualunque fosse, hanno perso le coordinate della mente.

Ruggiero Corcella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo specialista

Se si inizia presto gli esercizi raddrizzano la schiena



Marco Monticone
Riabilitazione
Neuromotoria,
Fondazione
Maugeri,
Lissone (Monza)

Prima si identifica la scoliosi, maggiori sono le possibilità di evitare peggioramenti e correggere questa deformità della colonna vertebrale, che predilige le femmine e colpisce circa il 3 per cento dei bambini in età evolutiva. Gli stessi genitori possono cogliere segni sospetti: basta che il bambino si pieghi in avanti, con le gambe tese e le braccia a penzoloni, per capire se un lato del tronco è più alto dell'altro. In questo caso meglio rivolgersi subito a uno specialista in materia. «Le cause della scoliosi sono diverse: da malformazioni

congenite della colonna a malattie neuromuscolari, ma in circa l'80 per cento dei casi la scoliosi è idiopatica, cioè senza cause ben chiare. Ci sono però fattori predisponenti, come familiarità e anomalie del connettivo, nonché la mancata crescita armonica dei diversi compartimenti scheletrico, muscolare e nervoso» spiega Marco Monticone, Responsabile dell'U.O. di Riabilitazione Neuromotoria dell'Istituto Scientifico di Lissone (Monza) dell'IRCCS Fondazione Maugeri. **Come si riconosce una schiena con scoliosi?** «La colonna vertebrale scoliotica è incurvata su se stessa e deformata nelle tre direzioni dello spazio. Le conseguenze sono asimmetrie di spalle, scapole e fianchi. Quando l'interessato si piega in avanti è possibile vedere un *gibbo scoliotico* che può essere dorsale, dorso-lombare o lombare, a seconda della parte della colonna colpita. Per la diagnosi si fa una radiografia della colonna vertebrale e poi si quantifica l'inclinazione delle vertebre che si misura in *gradi Cobb*. Si parla di scoliosi se si superano i 10° Cobb».

Quali sono i rimedi da adottare?

«Se scoperta presto, la scoliosi è più facile da correggere. Per questo bisogna intervenire il prima possibile e tenere sotto controllo il bambino scoliotico fino al termine dell'accrescimento. Dopo la pubertà, la scoliosi diminuisce il rischio di progressione. Il trattamento dipende dal grado di deviazione della colonna. Se è lieve (10-25° Cobb) può bastare un programma di ginnastica mirata, mentre per le forme intermedie (25-45° Cobb) si abbinano esercizi e corsetto. Solo nei casi più gravi (sopra i 45-50° Cobb) si prende in considerazione l'intervento chirurgico. Per trarre i massimi benefici dagli esercizi, l'ideale è eseguirli in *autocorrezione*, come dimostra anche uno studio che abbiamo di recente, pubblicato sull'*European Spine Journal*. L'autocorrezione è una tecnica riabilitativa che consiste in movimenti precisi e ben localizzati per correggere volontariamente la curva scoliotica: solo dopo aver corretto la curva, si fanno gli esercizi funzionali. Se gli esercizi non bastano, occorre il corsetto, trattamento impegnativo, soprattutto nel primo anno in cui può essere necessario indossarlo per 23-24 ore al giorno. Ma alla lunga i risultati non mancano. L'approccio chirurgico prevede, in genere, un'*artrodesi vertebrale* che consiste nel fissare due barre di titanio alla colonna vertebrale per raddrizzarla, agganciandole a viti ancorate alle vertebre. In questo modo si riducono la deformità e la rotazione delle vertebre».