



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





I progetti prevedevano l'ammodernamento di interni ed esterni di numerosi presidi oltre che l'apertura di nuove strutture

A rischio settecento milioni tra risorse statali e comunitarie destinate all'edilizia sanitaria. I cantieri non sono partiti, scadenze alle porte

Ospedali a pezzi e fondi Ue mai spesi

Gli interventi di ristrutturazione dei nosocomi erano in programma per il 2012

di **Ciro Crescentini**

NAPOLI - La Campania rischia di perdere fondi nazionali e comunitari disponibili per circa 700 milioni di euro per l'edilizia ospedaliera. Molte opere non sono mai partite. *"L'apertura dei cantieri, oltre che migliorare la qualità dei nostri ospedali, avrebbe creato almeno 3mila posti di lavoro nel settore delle costruzioni* - ha affermato **Giovanni Sannino**, leader campano della Fillea Cgil - *Invece, per colpa dell'estrema lentezza della burocrazia, i fondi comunitari rischiano di tornare indietro*". I lavori dovevano iniziare il primo settembre del 2012. Ma nessun cantiere è stato aperto. Anche quando ci sono le risorse finanziarie, le opere non vanno avanti. I programmi non vanno avanti, nonostante le pianificazioni ed i finanziamenti. A tenere incagliati i progetti e le risorse sono procedure complesse, una progettazione che resta carente, un groviglio di vincoli e autorizzazioni che non hanno avuto benefici dalla convocazione delle conferenze di servizi. A Napoli e provincia sono stati progettati molti interventi mirati ed articolati: ospedale Cardarelli: 51 milioni (adeguamento sistema elettrico, sistemazione impianto fognario, sistema antincendio, realizzazione sistema informatico, ristrutturazione ed adeguamento tecnologico dei padiglioni); ospedale Monaldi: 23 milioni 227mila 212 euro (ristrutturazioni ambulatori specialistici, ristrutturazione ali esterne, ristrutturazione

direzione generale, centralizzazione fonti energetiche, razionalizzazione reti distribuzione, messa a norma degli impianti, rete fognaria interna, realizzazione sistema gestione e controllo centralizzato, ecc); istituto Pascale: 8 milioni, 779mila 767 euro (ristrutturazione degenze di medicina, ambulatori specialistici ed adeguamento ai requisiti minimi); ospedale Boscotrecase: 10 milioni 329mila euro (realizzazione degenze chirurgiche, mediche, delle terapie intensive e materno infantile per adeguamento ai requisiti minimi, ristrutturazione servizi generali ed ambulatori); ospedale Cto Napoli: 6 milioni di euro (realizzazione unità spinale, ristrutturazione degenze chirurgiche e riabilitative); ospedale San Paolo: 6 milioni 713mila euro (ristrutturazione degenze mediche e chirurgiche e riabilitative); ospedale Vecchio Pellegrini: 7 milioni di euro (ristrutturazione degenze mediche, chirurgiche e di emergenza); ospedale San Giovanni Bosco quasi 10 milioni di euro (ristrutturazione degenze mediche e chirurgiche, ecc); realizzazione ex novo degli ospedali di Afragola, Pomigliano d'Arco. Fermi anche gli interventi in Terra di lavoro. Tra i progetti in programma, la realizzazione di un nuovo ospedale a Capua-Santa Maria e Teano nella provincia di Caserta. Ancora nel Napoletano: completamente ospedale Boscotrecase, (compresa la realizzazione di una bretella di collegamento all'autostrada); realizzazione di un nuovo complesso per il Ruggi di Aragona a Salerno per affiancare la Torre cardiologica; costruzione, di una struttura ospedaliera fra Eboli e Battipaglia e il miglioramento dei collegamenti viari per l'ospedale di

Vallo della Lucania in provincia di Salerno. Vi sono anche altre opere che attendono di essere ammesse a finanziamento, ma in generale la situazione non è affatto positiva. Probabilmente il nuovo governatore della Campania istituirà una task force per superare tutti gli ostacoli burocratici che si frappongono da tempo, assegnare gli appalti e aprire i cantieri. Sul fronte dell'edilizia sanitaria è stato modificato a favore delle Regioni l'articolo 42 dello Sblocca Italia, portando da 24 a 36 mesi la proroga per la richiesta di ammissione al finanziamento statale da parte delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere impossibilitate a rispettare i vecchi termini a causa della burocrazia. Intanto, i cittadini campani attendono ancora di poter beneficiare di strutture adeguate e moderne. Velocizzare le pratiche burocratiche per nuove opere e rimuovere gli ostacoli che bloccano i cantieri sospesi. Sono gli obiettivi principali delle organizzazioni sindacali dei lavoratori edili e delle associazioni dei costruttori della nostra regione. *"E' indifferibile riaprire immediatamente i cantieri bloccati per lungaggini burocratiche inammissibili, in quanto influiscono pesantemente sul settore - concludono i dirigenti della Cgil edilizia - L'edilizia traina l'economia campana, pertanto è necessario ed indifferibile attivare le risorse nazionali ed europee per aprire i cantieri dell'edilizia ospedaliera"*.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Anti-corruzione, il vaccino del Dg

Allo specchio sul fenomeno della corruzione: una su quattro ha ricevuto nel 2014 una segnalazione di illecito. Lo comunica Fiaso, che ha presentato a Roma il suo Piano per contrastare il «mal sottile» e trovare un vaccino.

MAGNANO A PAG. 5



Il piano Fiaso per contrastare il fenomeno - L'adesione a «Illuminiamo la salute»

Asl sul filo della corruzione

Irregolarità in un'azienda su quattro - L'88% ha investito in trasparenza

Se la "verità" è il passo iniziale per sconfiggere il fenomeno della corruzione in sanità, il primo dato certo è che un'azienda sanitaria su quattro ha ricevuto nel 2014 almeno una segnalazione di illecito nel-

l'ambito dei controlli interni previsti dalla normativa: le maggiori criticità sono nell'area della libera professione intramuraria (13% dei casi), mentre qualche problema è emerso anche nell'attività di ricerca (9%) e nelle aree

del personale dipendente e della gestione economico-finanziaria (entrambe con l'8% dei casi).

Lo comunica Fiaso, che ha condotto un'indagine su un campione di 78 aziende: tutte hanno investito in traspa-

renza e l'88% ha messo in piedi un meccanismo di monitoraggio del Piano anticorruzione ma una su due percepisce l'applicazione della legge 190/2012 come "parzialmente adempitiva-burocratica" pur giudicandola efficace.

I dati sono stati presentati a Roma nell'ambito della presentazione del "Piano anticorruzione in sanità" sottoscritto con un protocollo di collaborazione da Fiaso, la Federazione di Asl e ospedali, e Illuminiamo la Salute, la "Rete nazionale per l'integrità", promossa da Libera, Avviso pubblico, Coripe Piemonte e Gruppo Abele. Obiettivi dell'iniziativa: costituire una "Rete di integrità" formata da tutti i responsabili anti-corruzione di Asl e ospedali; programmi di formazione del personale per diffondere legalità e trasparenza; audit nelle aziende sanitarie; diffusione delle buone pratiche; adozione capillare dei codici di comportamento aziendale.

«Vogliamo allontanare con ogni mezzo - spiega il presidente Fiaso, **Francesco Ripa di Meana**, confermato dall'assemblea al vertice della federazione - il mal sottile della corruzione che ogni anno in sanità fa dissipare 6 miliardi di risorse, minando la fiducia dei cittadini nel nostro sistema salute, che resta pur sempre, è bene ricordarlo, tra i più efficienti ed economici del mondo occidentale. Il contrasto all'illegalità nel settore sociale e sanitario deve costituire un impegno prioritario sia per i responsabili delle politiche pubbliche che per i professionisti della salute, tanto più in un momento di grave crisi economica».

«Spesso le parole che appaiono più innovative sono qualità o efficienza. Vorrei - ha invece sottolineato la senatrice, nonché presidente del Coripe Piemonte, **Nerina Dirindin** - che si parlasse di integrità. Integrità indica pienezza, interesse, un oggetto che non ha subito danni o lesioni. Noi sappiamo che il Ssn ha subito delle lesioni, ma vogliamo potenziarlo e preservarlo da contaminazioni».

«**Illuminiamo la salute**». Il progetto, sottolinea **Don Luigi Ciotti**, presidente di Libera e fondatore del Gruppo Abele, «nasce dalla necessità di contribuire al bene comune. La sanità è una realtà troppo cruciale per non richiedere a tutti, non solo agli addetti ai lavori, un contributo di attenzione e impegno. In gioco ci sono i bisogni e le speranze di tante persone, le loro fragilità fisiche e psicologiche, l'ap-

rensione e l'angoscia di tante famiglie. È una questione sociale che non ammette l'indifferenza, la rassegnazione, tantomeno il cinismo».

Dal lavoro condotto dal pool di associazioni che promuovono la "Rete nazionale per l'integrità" emergono anche buone notizie: «Sotto il profilo della documentazione - spiega Don Ciotti - c'è stata una risposta positiva per quel che riguarda la pubblicazione sui siti delle Asl di documenti di bilancio, bandi di gara e concorso, rapporti con i privati e liste d'attesa, ma non possiamo nasconderci che c'è ancora tanta strada da fare».

Tra i nodi irrisolti: cattiva amministrazione, opacità e abusi. Corruzione e illegalità toccano alcuni segmenti della sanità con costi non solo economici. L'impatto, come sottolineato dal presidente di Libera, si misura infatti anche in termini di perdita di fiducia da parte dei cittadini, demotivazione dei professionisti, danno d'immagine della sanità pubblica e ulteriore esclusione delle fasce sociali più deboli. Sprechi e abusi sono quindi una "ferita al diritto alla salute", ma anche una porta aperta agli interessi illegali e a volte criminali. «La sanità - ribadisce Luigi Ciotti - è un settore particolarmente esposto alle infiltrazioni criminali e mafiose, perché gestisce grandi risorse economiche, perché le mafie hanno sempre cercato strutture sanitarie in grado di fornire assistenza riservata e anonima ai loro affiliati e perché cercano, attraverso la sanità, agganci con il potere politico».

Altri punti "caldi", le "esternalizzazioni" nate per ridurre i costi, che «non solo non li hanno ridotti ma reso più difficile gestione e controlli». E la relazione con i privati: «A volte c'è una vicinanza troppo disinvolta - sottolinea Ciotti - con alcune realtà del mondo farmaceutico, magari non proprio integerrime dal punto di vista del rispetto per la concorrenza».

L'indagine Fiaso sull'applicazione delle norme anticorruzione in sanità. Alla domanda sulla capacità di incidere in futuro sul fenomeno corruttivo il 47% delle aziende sanitarie ha risposto "sufficientemente", il 35% "abbastanza" e il 5% "molto". L'adozione di una specifica procedura di rilevazione frodi è stata dichiarata dal 73% delle aziende, anche se molte hanno optato per procedure informatiche "fatte in casa" e solo 3 sono ricorse a un sistema criptato in linea con i criteri della delibera Cipe n. 6 di quest'anno. Nel 58% dei casi è stata prevista una procedura per segnalare miglioramenti organizzativi in funzione della trasparenza e delle legalità. Procedura che nel 60% del campione ha coinvolto i cittadini tramite gli Urp e nel 18% dei casi i dipendenti.

Di difficile applicazione viene giu-

dicato l'obbligo di rotazione del personale addetto a "funzioni sensibili", «vuoi per oggettive carenze di personale - spiega Fiaso - ma, soprattutto, per il venir meno di professionalità non facili da sostituire».

La figura del "coordinatore dei controlli" è prevista invece solo nel 17% delle aziende, mentre un "Bilancio sociale" o di missione è stato adottato dal 32% del campione.

Specifiche attività di controllo sono previste un po' per tutte le aree, con percentuali tra l'81 e il 93%, fatta eccezione per l'attività di ricerca dove le procedure sono state comunque avviate dal 78% delle aziende.

Più complessa la situazione nei controlli esterni, dove un 17% di criticità si è rilevato per quelli sulle strutture convenzionate, il 13% nella vigilanza sulle farmacie private, l'11% nell'attività di sanità pubblica.

L'aggiornamento del codice etico Fiaso. «Una stretta sui conflitti di interesse, massima trasparenza soprattutto verso i cittadini, piena applicazione dell'istituto della segnalazione illeciti e rotazione del personale addetto alle funzioni più "sensibili", ma con un occhio attento alla salvaguardia delle professionalità». Sono alcune delle novità introdotte da Fiaso nel proprio codice etico approvato nel corso dell'assemblea nazionale. Un lavoro preparato anche dal confronto con l'esperienza di "Avviso pubblico", l'Associazione di enti locali per la promozione della legalità nella pubblica amministrazione.

Il nuovo codice prevede tra l'altro l'adozione di appositi strumenti, come i bilanci sociali e che le Direzioni generali incoraggino «l'adozione di ogni misura che favorisca la diffusione presso i mezzi di comunicazione di informazioni sul funzionamento dei servizi aziendali».

Dg e vertici dovranno poi rendere note «situazioni di conflitto di interesse anche potenziale», astenendosi dal prendere decisioni o svolgere attività che in qualche misura configurino situazioni di conflitto di interesse e «l'appartenenza a categorie, associazioni o gruppi, in virtù della quale il soggetto possa acquisire un vantaggio personale da decisioni cui egli partecipa». E questo anche nei casi in cui tale

appartenenza non generi quelle incompatibilità previste della

normativa vigente.

Direzioni, dipendenti e collaboratori dovranno anche rendere pubbliche l'appartenenza ad associazioni e organizzazioni che operano in ambiti di competenza delle aziende sanitarie. Eccetto partiti e sindacati.

Via libera anche all'istituto della segnalazione degli illeciti da parte dei dipendenti. Una forma di contrasto al-

la corruzione che sarà promossa dai direttori generali di Asl e ospedali. Disco rosso, infine, a regali «e altre utilità» per dirigenti, dipendenti e collaboratori, a eccezione di quelli dal valore modico, «disciplinato dai codici decentrati di ogni singola amministrazione».

Rosanna Magnano

**Don Ciotti: sanità Ripa di Meana:
fragile alle mafie impegno prioritario**



La sostenibilità del welfare sanitario al centro del Rapporto sulla finanza pubblica della Corte dei conti

Deficit dimezzato, servizi a rischio

Il disavanzo da 1,6 mld a 700 milioni - B&S a +2,5% sul 2013 e ticket ancora in salita

Perdite dimezzate rispetto al 2013, per il duplice effetto della stretta sui conti nelle Regioni in Piano di rientro e dell'aumento della spesa complessiva (7% del Pil), che si attesta a 111 mld (+0,9%). Farmaceutica nella morsa, personale ancora alleggerito. B&S a +2,5%. E i ticket sui farmaci che fanno il pieno. I conti della sanità pubblica

sono migliorati, ma la vera sfida, ora, è garantire la sostenibilità. Perché un nuovo welfare sarà possibile solo riscrivendo le regole. È questo il vero monito che arriva dalla Corte dei conti, che nel Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica dedica un corposo capitolo a "La Sanità e il nuovo Patto della salute". Il passaggio a un nuo-

vo welfare è la cifra che caratterizza l'intero report.

A PAG. 2-4

CORTE DEI CONTI/ Presentato il Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica

Spesa virtuosa, nuovo welfare

Deficit sanitario da 1,6 mld a 700 mln - Ma serve la bussola Patto salute

Perdite dimezzate rispetto al 2013, per il duplice effetto della stretta sui conti nelle Regioni in Piano di rientro e dell'aumento della spesa complessiva (7% del Pil), che si attesta a 111 miliardi (+0,9%). Farmaceutica nella morsa (-2,3% su base annua, mentre nell'ultimo triennio la contrazione arriva al 16%), personale ancora alleggerito (-1%). B&S a +2,5%. E i ticket sui farmaci che fanno il pieno (+4,5%).

I conti della sanità pubblica sono migliorati ma la vera sfida, ora, è garantire la sostenibilità dei servizi. Perché un nuovo welfare sarà possibile solo riscrivendo le regole. È questo il vero monito che arriva dalla Corte dei conti, che nel Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica presentato giovedì scorso al Senato dedica un corposo capitolo a "La Sanità e il nuovo Patto della salute". Del resto, il passaggio a un nuovo welfare è la cifra che caratterizza l'intero report. Dove si legge che «un duraturo controllo sulle dinamiche di spesa può ormai difficilmente prescindere da una riscrittura del patto sociale che lega i cittadini all'azione di governo e che abbia al proprio centro una riorganizzazione dei servizi di welfare».

«Il 2014 - spiegano i magistrati contabili presieduti da Raffaele Squitieri - ha confermato i progressi, già evidenziati negli ultimi esercizi, nel riassorbimento degli squilibri finanziari in sanità». Ma «il solo parziale successo delle misure di contenimento dei costi introdotte dal Dl 95/2012 -

è il monito - segna da un lato il persistere di limiti nell'appropriatezza e nella organizzazione dell'offerta sanitaria e dall'altro la difficoltà di intervenire su elementi importanti dell'offerta sanitaria senza rischiare di aggravare, almeno nel breve periodo, le ripercussioni che il risanamento finanziario sta producendo in termini di qualità dei servizi resi».

Non a caso, il Patto della salute è il perno delle argomentazioni della Corte: «un accordo importante che richiede, per una sua effettiva operatività, la messa a punto di modalità di lavoro e soprattutto la stesura di nuove regole». Il punto è che le sfide finanziarie, invece di diminuire, continuano a crescere: il taglio da 2,35 miliardi del Fondo sanitario nazionale nel 2015 (in arrivo con ogni probabilità nel decreto enti locali al varo del Consiglio dei ministri di oggi) alza l'asticella della sostenibilità. Ciò mentre «il settore sanitario si trova di fronte a scelte ancora impegnative anche dal punto di vista finanziario. Pur scontando margini per un recupero di efficienza al suo interno, deve sostenere costi crescenti per garantire l'accesso a farmaci e tecniche di cura innovative e offrire adeguata assistenza a una popolazione sempre più longeva», aggiungono i magistrati. Legata a stretto filo, c'è la questione della effettiva erogabilità dei Lea (vecchi e nuovi): basti pensare che soltanto due delle otto Regioni in Piano di rientro risultano adempienti rispetto alla griglia Lea, mentre «in tutte le Regioni

in Piano (escluso il Piemonte) significative criticità emergono nell'erogazione dei servizi di prevenzione, con particolare riferimento all'area degli screening». Se insomma dai tavoli di monitoraggio emerge un miglioramento nella gestione complessiva della sanità, anche per merito delle sinergie tra i diversi livelli di Governo (tiene a sottolineare la Corte), emerge ancora più di un nodo dolente. A partire dai servizi offerti ai cittadini per arrivare ai ritardi nelle procedure di accreditamento e alle difficoltà a rivedere l'offerta assistenziale guardando all'effettivo fabbisogno. Per non parlare dei ritardi nei tempi di pagamento ai fornitori: dai 393 giorni della Calabria agli 85 del Lazio e ai 68 della Puglia.

I risultati del settore nei preconsuntivi delle aziende sanitarie. La tenuta complessiva del sistema si declina in modo totalmente differenziato tra le Regioni in piano di rientro e quelle con i conti in regola. Sono le prime a ritagliarsi la parte del leone nel contenimento dei costi: a guardare i risultati di esercizio, le perdite si dimezzano passando dagli 1,6 miliardi del 2013 a poco meno di 770 mln. Un risultato che è «l'effetto netto di maggiori ricavi (in aumento dell'1,9% sul 2013) e di maggiori costi in crescita dell'1,1 per

cento. Le Regioni in Piano di rientro vedono passare la perdita netta da quasi 800 milioni a circa 100, mentre le realtà dove il Piano non è scattato mostrano una dinamica dei costi superiore (+1,2%) e anche un incremento dei ricavi inferiore (+1,5%). La perdita cumulata per tali enti, rilevano dalla Corte, si riduce di poco più del 21 per cento.

Il risultato complessivo non muta sostanzialmente a guardare i risultati di esercizio presi in considerazione dai Tavoli: anche tenendo conto delle perdite di esercizi passati, l'utile nelle Regioni in Piano è superiore ai 640 milioni. Un risultato che «sconta la forte perdita ancora da coprire della Regione Molise (superiore a 290 mln)». Il saldo complessivo delle

Regioni non in Piano dopo le coperture è ancora negativo per oltre 100 milioni. Qui pesa la Sardegna, il cui dato è negativo per oltre 278 milioni, per il quale manca ancora l'indicazione dei mezzi di copertura.

a cura di
Ernesto Diffidenti
Barbara Gobbi
Rosanna Magnano
Lucilla Vazza

I risultati di esercizio anno 2014 (mln euro)

	Utile o perdita di esercizio	
		Prima delle coperture
Regioni in Piano	-98,7	-195,9
Regioni non in Piano	-670,2	-640,1
Totale	-768,8	-836,1
Rso	-37,5	-137,9
Rso Nord	14,5	19,1
Rso Centro	-243,9	-318,0
Rso Sud	191,9	161,0
Rss	-731,3	-698,2
Rss Nord	-417,4	-361,6
Rss Sud	-313,9	-336,6

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Nsis

I risultati di esercizio anno 2014 per Regione (mln euro)

Regione	Utile o perdita di esercizio		Regione	Utile o perdita di esercizio	
		Prima delle coperture			Prima delle coperture
Piemonte	47,4	47,2	Marche	74,7	69,1
Valle d'Aosta	-37,4	-2,7	Lazio	-345,3	478,7
Lombardia	9,9	9,9	Abruzzo	36,7	36,2
Pa Bolzano	-195,0	21,4	Molise	-57,7	-37,4
Pa Trento	-219,7	5,5	Campania	227,6	251,9
Veneto	30,2	6,3	Puglia	24,8	24,8
Friuli V.G.	34,8	13,7	Basilicata	2,2	2,2
Liguria	-73,7	-72,8	Calabria	-41,6	58,0
Emilia R.	0,7	0,4	Sicilia	9,4	10,1
Toscana	3,1	3,1	Sardegna	-323,4	-278,3
Umbria	23,4	23,4	Italia	-768,8	670,8

Fonte: Corte dei conti

La spesa sanitaria nei documenti di finanza pubblica

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Def aprile 2015	112.526	112.215	110.422	110.044	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709	120.094
Def aprile 2014	112.526	111.094	109.611	109.254	111.474	113.703	116.149	118.680		
Nota Def settembre 2013	112.526	111.593	110.842	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789		
Def aprile 2013	112.526	111.593	110.842	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789		
Nota agg. Def ottobre 2012	112.742	112.039	113.597	112.327	112.421	115.397				
Def aprile 2012	112.742	112.039	114.497	114.727	115.421	118.497				
Relazione al Parlamento dicembre 2011	113.457	114.941	117.491	119.602	121.412					
Def aprile 2011	113.457	114.836	117.391	122.102	126.512					

Fonte: Corte dei conti su dati Istat

I costi del Servizio sanitario per funzioni di spesa (anno 2014, valori assoluti in milioni di euro)

	Acquisti di beni	Manutenzioni e riparazioni	Assistenza sanitaria di base	Farmacoterapia	Specialistica	Riabilitativa	Integrativa	Ospedaliera	Altre prestazioni	Altri servizi sanitari	Altri servizi non sanitari	Totale spese di personale	Totale costi
Regioni in Piano	7.283,8	845,0	3.296,6	4.319,1	2.540,3	1.148,2	991,0	4.433,8	2.481,5	1.297,6	91,9	15.238,6	49.047,5
Regioni non in Piano	8.660,4	1.221,1	3.334,2	4.051,2	2.202,4	680,6	837,7	4.142,9	4.868,2	2.698,4	130,4	19.563,4	58.756,3
Totale	15.944,1	2.066,2	6.630,8	8.370,3	4.742,7	1.828,8	1.828,6	8.576,8	7.349,7	3.995,9	222,3	34.802,0	107.803,8
Rso	13.552,8	1.736,1	5.573,5	7.018,1	4.018,9	1.523,5	1.461,6	7.632,0	6.499,0	3.023,7	185,0	28.734,7	91.351,1
Rso Nord	6.477,4	925,0	2.591,6	3.142,7	1.997,7	507,1	627,2	3.963,3	4.343,2	1.688,7	95,8	14.621,2	46.309,7
Rso Centro	3.467,8	397,8	1.288,0	1.695,0	738,5	378,9	397,1	1.715,8	1.309,6	803,5	37,7	6.881,4	21.806,4
Rso Sud	3.607,7	413,4	1.694,0	2.180,4	1.282,6	637,5	437,4	1.952,9	846,1	531,4	51,5	7.232,0	23.235,1
Rss	2.391,3	330,0	1.057,3	1.352,2	723,8	305,3	367,0	944,8	850,8	372,3	37,3	6.067,3	16.452,7
Rss Nord	713,6	126,5	258,8	317,3	88,2	76,1	96,8	147,0	311,6	164,4	17,6	2.053,3	4.970,8
Rss Sud	1.677,7	203,6	798,5	1.034,9	635,6	229,2	270,2	797,7	539,2	207,8	19,7	4.014,0	11.481,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Nsis



CANTIERE ACCORDI

E spuntò il Patto digitale

La bozza: aree e finanziamenti aspettando il Master plan

Arriva finalmente in Conferenza Stato-Regioni il «Patto per la sanità digitale» predisposto dal ministero. Il cosiddetto «patto nel patto» che dovrebbe dare attuazione all'e-health made in Italy secondo una precisa tabella di marcia.

MAGNANO A PAG. 9

TRASMESSO DAL MINISTERO ALLA STATO-REGIONI

Spunta il Patto per la sanità digitale

Le raccomandazioni sulla mobile-health del Comitato nazionale per la bioetica

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Elaborazione di criteri condivisi a livello internazionale per classificare software usati come dispositivi medici | 4. Identificazione di responsabilità delle compagnie/industrie che producono app, ponendo come requisiti alla progettazione la sicurezza e la minimizzazione della raccolta dei dati e nei limiti possibili, l'anonimizzazione dei dati | 8. Promozione di studi sull'impatto dell'uso delle app, con specifica attenzione alle implicazioni sull'identità personale e relazionale |
| 2. La promozione di una ricerca interdisciplinare tra informatici, progettisti e medici, insieme a esperti di etica, scienze cognitive e sociali, nella fase di progettazione, sperimentazione e valutazione delle applicazioni in funzione della tutela della salute, della privacy e della autonomia | 5. Istituzione di un osservatorio per il monitoraggio delle app | 9. Monitoraggio e un'adeguata educazione delle categorie particolarmente vulnerabili (minori, anziani, disabili) |
| 3. Incentivazione agli sviluppatori e alle industrie a produrre app effettivamente utili e affidabili per la salute dei cittadini | 6. La promozione di un'appropriata informativa e una trasparente comunicazione all'utente | 10. La promozione sociale di un uso critico delle nuove applicazioni per la salute nel contesto di un equilibrato rapporto con il proprio corpo e la propria salute, evitando forme di salutismo e di medicalizzazione, incentrate sulla sola dimensione della salute come benessere fisico |
| | 7. Implementazione della informazione ed educazione dei medici su mobile-health | |

Arriva finalmente sul tavolo della Conferenza Stato-Regioni il «Patto per la sanità digitale» predisposto dal ministero. Il cosiddetto «patto nel patto» - previsto dal Patto per la salute 2014-16 - che dovrebbe dare attuazione all'e-health made in Italy secondo una precisa tabella di marcia.

Il documento elenca una serie «non esaustiva» di priorità: dai servizi per la continuità assistenziale (patient workflow management e patient relationship management) alle nuove piattaforme «information intensive» su misura per gli utenti (taccuino personale del cittadino).

Attraverso le soluzioni e-health, il documento programmatico promette una riorganizzazione della rete assistenziale, per favorire la deospedalizzazione e potenziare il territorio. E la telemedicina sarà la chiave di volta per la presa in carico della cronicità (e non solo), con la possibilità di trasmettere a distanza parametri clinici interpretati e gestiti dai professionisti sanitari all'interno di piani individuali calibrati sul paziente. Via libera quindi a teleconsulto, telerefertazione, tele-diagnosi, telemonitoraggio, te-

leriabilitazione. Il tutto integrato con il Fascicolo sanitario elettronico.

Cartella clinica condivisa e nuovi modelli organizzativi anche per le cure primarie. Sistemi informativi ospedalieri integrati, modelli e soluzioni per la clinical governance. E la «rivoluzione» digitale dovrà coinvolgere anche la logistica del farmaco (farmaco a casa e monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni).

In un'ottica di ottimizzazione dei costi, tra le priorità del Patto è stata inserita anche la condivisione a livello centrale dei dati d'acquisto e di consumo di beni e servizi del Ssn «che consenta un monitoraggio tempestivo e puntuale della spesa sanitaria, favorendo così l'individuazione di ulteriori aree di razionalizzazione e centralizzazione».

Per vigilare sull'effettivo raggiungimento degli obiettivi del Patto e predisporre un primo «Master plan», è prevista l'istituzione di una Cabina di regia ad hoc (15 membri al massimo), formata da esperti del ministero della Salute e dello sviluppo economico, Mef,

Standard al via

Il nuovo regolamento sugli standard ospedalieri, pubblicato in Gazzetta Ufficiale, sarà operativo dal 19 giugno.

A PAG. 9

Il Governo espunge la riduzione di 2,35 mld dal Dl sugli enti locali: prima l'intesa

Tagli, fumata nera in Cdm

In arrivo 2 mld per i debiti Pa - Standard ospedalieri dal 19 giugno

Contrordine: nel decreto legge Enti locali varato giovedì scorso dal Consiglio dei ministri non ci sarà il taglio da 2,35 miliardi al Fondo sanitario 2015. Le obiezioni del Quirinale sull'eccesso di norme contenute nel provvedimento e anche sulla loro eterogeneità, oltre alle ultime perplessità dell'Economia, hanno portato il Governo all'ultimo momento a espungere dal testo la riduzione dei fondi sanitari. Se ne parlerà in un secondo momento e comunque dopo l'intesa.

Non è escluso che il taglio, che il Governo ha necessità di incamerare, al più presto arrivi, il prima possibile, già entro l'estate.

Ma sarà comunque una corsa a ostacoli perché raggiungere l'intesa in questo clima politico con le Regioni rinnovate e divise fra di loro sarà estremamente difficile, senza trascurare che la conferenza dei governatori dovrà rinnovare le cariche di vertice e redistribuire le deleghe alle Regioni sulle varie materie, per prima quella sulla sanità.

Insomma un puzzle complicatissi-

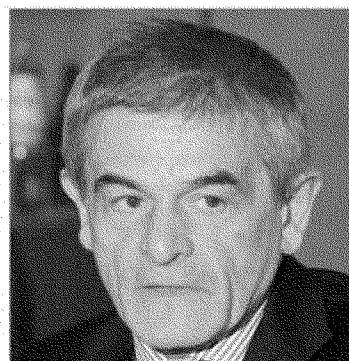
mo e da maneggiare con molta attenzione. In questo labirinto l'intesa è appesa a un filo, il Patto per la salute pure e le questioni come competenze o articolo 22 restano nel limbo. La stessa individuazione delle Regioni benchmark per il riparto del fondo 2015 è di là da venire. Non può escludersi che per recuperare il tempo perduto (ma anche i risparmi di spesa stimati) molto del «non fatto» venga rimandato alla legge di stabilità per il 2016. Quello potrebbe essere il vero rendez vous per la sanità. Con ricadute al momento imprevedibili e sicuramente non in grado di generare grandi ottimismo.

La buona notizia, confermata dal ministro dell'Economia **Pier Carlo Padoan** al termine del Consiglio dei ministri, è che con il Dl enti locali ci saranno «due miliardi in più per le Regioni per fare fronte ai debiti certi, liquidi ed esigibili maturati entro il 2014». E così, 2 mld vanno alle Regioni per saldare le proprie insolvenze, altri 2 agli enti del Ssn e 850 mln a Province e Comuni. Sono ancora una volta anticipazioni di liquidità, che dovranno essere restituite secondo uno specifico piano di ammortamento fino a 30 anni. Per passare all'incasso si dovrà dimostrare di essere stati puntuali nei precedenti appuntamenti: le risorse andranno a chi dimostrerà di aver pagato almeno il 75% dei vecchi debiti finanziati con le iniezioni di liquidità precedenti.

Intanto l'appuntamento con gli standard ospedalieri è alle porte. Il testo del regolamento è infatti approdato in Gazzetta. Una notizia che gli addetti ai lavori aspettavano da mesi. Una genesi travagliata, con una prima versione del testo presentato l'estate scorsa, poi rispedito al mittente «con ignominia» dal Consiglio di Stato a causa dei molti errori formali, ma anche sintattici. L'uscita del provvedimento, che sarà operativo a partire dal 19 giugno, non mancherà di suscitare un vespaio di polemiche nel mondo della sanità. La posta in palio è la riorganizzazione ospedaliera, con una nuova filosofia di fondo, quella dell'ospedale per intensità di cura.

Red.San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CORTE DEI CONTI/ La compartecipazione aumenta dell'1,1% a quota 2,9 mld

Ticket verso nuovi orizzonti

Obiettivo equità per la revisione del sistema - Farmaceutica in calo

In attesa di trovare il filo di Arianna che dovrà orientare la futura riforma dei ticket, la Corte dei conti sottolinea che anche nel 2014, come nello scorso biennio, gli introiti da compartecipazione alla spesa sono stati nel complesso pari a oltre 2,9 miliardi. La crescita complessiva è stata contenuta (+1,1% rispetto ai 2,92 mld del 2013) ma la composizione interna di questa voce si è rimodulata: salgono del 4,5% i ticket sui farmaci, mentre flettono del 2,2% quelli sulle prestazioni specialistiche. Una maggiore equità è l'obiettivo della riforma del ticket che verrà. «Il nuovo sistema - spiega la Corte dei conti - deve muovere tenendo conto della condizione economica dell'assistito o del nucleo di appartenenza e deve assicurare l'invarianza del gettito derivante dalla partecipazione alla spesa a livello nazionale».

Nonostante la giungla inestricabile che nelle diverse regioni regolamenta le compartecipazioni si possono osservare alcuni trend comuni. Il calo degli introiti per prestazioni specialistiche si estende a tutte le aree del Paese anche se è

più evidente al Sud (-4% circa). Un andamento controbilanciato nelle regioni a statuto ordinario dell'area meridionale da una netta crescita dei ticket sui farmaci (+6%). Solo in Calabria al calo della specialistica si accompagna una flessione anche degli introiti da farmaci.

Le regioni del Centro sono quelle che registrano le variazioni più significative (in media dell'8,7%), soprattutto in Umbria e Marche con variazioni superiori al 9 per cento. Incrementi che consentono di compensare la riduzione di oltre il 3% della specialistica.

Si riducono inoltre le differenze tra gli importi medi pro-capite delle compartecipazioni complessive, tra le regioni del Nord e del Centro e quelle del Sud: tutte superiori ai 50 euro pro capite (a eccezione di Piemonte, Marche e della Provincia di Trento) con punte vicino ai 60 euro in Veneto e Valle d'Aosta e tutte inferiori (in media 42 euro) quelle del Sud. Ma negli importi medi pro-capite su farmaci e prestazioni specialistiche le differenze si accentuano: nel Sud con importi medi sulla farmaceutica

di oltre 29 euro pro-capite (21 nel Centro-Nord) e 13 sulla specialistica (oltre 30 in media nelle regioni Centro-settentrionali).

D'altro canto anche nel 2014 la spesa farmaceutica convenzionata è in flessione (-3% per un totale di 8,4 mld). Un trend che ha permesso dal 2011 di tagliare il 16% della spesa in farmacia. Una tendenza da ricondurre all'effetto combinato di diversi fattori: «la riduzione del prezzo medio dei farmaci, per effetto dell'inserimento nel prontuario di nuovi farmaci generici; l'implementazione dell'attività di monitoraggio del livello di appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche; i risparmi originati dall'incremento dello sconto sul prezzo dei farmaci a carico di grossisti e farmacisti; la rideterminazione all'11,35% del tetto relativo alla farmaceutica territoriale, al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci a un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'Aifa, con attivazione del meccanismo del pay-back già previsto dalla normativa vigente in caso di

superamento del predetto tetto».

Altri elementi determinanti: «la quota di compartecipazione alla spesa a carico del cittadino, in relazione alle misure adottate in talune regioni sottoposte ai piani di rientro e ai ticket sui farmaci vigenti anche in regioni non sottoposte ai piani di rientro. Il potenziamento della distribuzione diretta - soprattutto nelle regioni soggette a piano di rientro - ha determinato lo spostamento verso di essa di parte dei consumi dal canale convenzionale, con il conseguente risparmio a vantaggio delle Regioni dato dalla minore remunerazione della filiera distributiva».

I ticket in sanità nel 2013 e 2014

Regione	2014 (mln euro)			Totale compartecipazioni 2013 (mln euro)	Variazione %			Totale compartecipazioni pro capite 2014 (in euro)
	Totale compartecipazioni	Ticket farmaci (1)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)		Totale compartecipazioni	Ticket farmaci (1)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	
Piemonte	214,7	76,2	138,6	219,2	-2,0	1,4	-3,8	48,4
Valle d'Aosta	7,7	1,7	6,0	6,9	11,9	8,2	13,0	59,6
Lombardia	494,1	260,2	233,9	489,9	0,9	2,6	-1,1	49,5
Pa Bolzano	28,6	9,4	19,2	27,7	3,2	4,6	2,6	55,4
Pa Trento	28,2	4,9	15,3	21,4	-5,6	12,9	-10,2	37,7
Veneto	311,2	129,9	181,4	310,0	0,4	2,3	-0,9	63,2
Friuli V.G.	63,2	17,5	45,8	62,6	1,0	7,5	-1,3	51,4
Liguria	85,8	42,7	43,1	86,5	-0,8	1,0	-2,5	53,9
Emilia R.	234,7	73,8	160,9	230,3	1,9	6,3	0,0	52,8
Toscana	207,9	65,3	142,6	204,0	1,9	6,9	-0,2	55,4
Umbria	44,9	17,4	27,5	44,0	1,9	8,3	-1,8	50,0
Marche	71,2	27,3	44,0	70,8	0,7	9,1	-4,0	45,9
Lazio	285,6	160,3	125,3	280,0	2,0	9,4	-6,2	48,6
Abruzzo	72,5	32,7	39,7	72,0	0,7	6,7	-3,7	54,3
Molise	14,3	9,2	5,1	14,3	0,6	2,4	-2,4	45,6
Campania	245,6	188,4	57,2	239,6	2,5	5,1	-5,3	41,8
Puglia	185,3	129,3	56,0	180,9	2,4	5,9	-4,8	45,3
Basilicata	26,9	16,4	10,5	26,3	2,5	16,2	-13,5	46,5
Calabria	77,7	51,1	26,5	72,9	6,6	6,6	6,4	39,2
Sicilia	208,5	159,8	46,2	210,6	-2,2	-1,2	-5,5	40,4
Sardegna	55,5	26,9	28,7	53,0	4,8	11,1	-0,5	33,4
Totale	2.953,6	1.500,4	1.453,2	2.922,7	1,1	4,5	-2,2	48,6

(1) Quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta

Fonte: Corte dei conti

I principali costi della sanità in valore assoluto e in variazione percentuale (anno 2014, milioni di euro)

Regione	Acquisti di beni		Assistenza sanitaria di base		Farmaceutica		Specialistica		Ospedaliera		Totale spese di personale		Totale costi	
	Val. ass.	Var. %	Val. ass.	Var. %	Val. ass.	Var. %	Val. ass.	Var. %	Val. ass.	Var. %	Val. ass.	Var. %	Val. ass.	Var. %
Piemonte	1.293,0	1,40	480,4	1,27	596,3	-2,02	255,5	-0,72	507,3	-1,06	2.803,8	-1,05	8.095,2	-0,55
Valle d'Aosta	34,3	-0,37	16,2	-0,36	18,2	-2,80	1,6	-10,57	6,1	-5,30	114,7	0,96	267,4	-1,62
Lombardia	2.224,7	4,43	881,7	0,86	1.251,9	-3,20	1.079,6	-0,54	2.128,7	-2,16	5.010,1	-0,61	17.878,4	0,49
Pa Bolzano	155,6	2,58	55,6	1,32	46,1	3,47	6,8	26,03	22,7	-2,63	578,9	-2,17	1.141,9	-0,31
Pa Trento	142,1	2,23	59,0	-0,34	67,4	-0,49	28,5	1,01	53,1	-2,67	422,3	0,40	1.157,0	1,62
Veneto	1.268,2	4,23	548,4	0,64	555,5	-4,75	340,8	2,05	511,6	2,13	2.735,5	-0,25	8.708,2	0,74
Friuli V.G.	381,7	-4,42	128,0	-0,40	185,6	-2,12	51,3	-1,79	65,2	-0,57	937,4	-1,17	2.404,5	-2,40
Liguria	443,7	3,73	159,0	-0,60	227,1	-3,83	133,3	-2,01	188,6	14,40	1.090,4	-0,66	3.075,9	0,46
Emilia Romagna	1.247,7	3,40	522,1	0,32	511,9	-3,93	188,6	6,32	627,2	0,43	2.981,4	-0,40	8.551,9	0,31
Toscana	1.264,6	10,50	412,1	0,83	443,9	-4,65	146,4	4,04	287,6	0,10	2.525,0	0,24	7.052,2	2,64
Umbria	288,1	4,82	96,4	0,29	127,5	-2,78	20,0	11,27	44,0	12,09	614,0	0,51	1.635,7	2,75
Marche	498,3	4,92	172,8	-0,26	239,7	0,20	47,1	4,26	101,7	-4,28	991,4	0,05	2.702,8	1,25
Lazio	1.416,8	0,94	606,7	0,03	884,0	-1,87	525,0	5,88	1.282,6	4,38	2.751,1	-2,23	10.415,7	0,42
Abruzzo	395,0	5,15	153,0	1,54	219,1	-0,21	51,6	-4,91	120,9	0,81	760,9	-0,53	2.279,4	1,18
Molise	87,9	1,89	48,1	-1,38	48,0	-4,36	44,9	3,72	75,6	3,96	194,9	-1,61	639,6	-0,62
Campania	1.296,3	5,96	642,5	-0,05	854,0	-0,78	739,2	-0,43	812,2	-0,81	2.763,4	-2,34	9.124,6	0,00
Puglia	1.190,5	7,36	519,5	0,34	667,7	-0,06	286,2	0,80	737,2	-0,82	1.979,5	-0,20	6.926,7	1,45
Basilicata	164,1	0,70	79,9	-0,39	79,3	-2,02	38,4	3,37	17,0	-5,51	376,1	-0,19	1.003,0	-0,40
Calabria	473,8	2,62	251,0	-0,34	312,4	-0,35	122,3	1,37	190,0	-0,37	1.157,2	-2,14	3.261,9	0,23
Sicilia	1.130,4	7,71	595,5	0,31	737,7	-9,13	515,6	3,15	708,1	0,29	2.827,8	-1,17	8.304,5	0,15
Sardegna	547,3	5,58	203,0	-0,12	297,1	-0,96	120,0	0,48	89,6	1,29	1.186,2	0,66	3.177,5	1,27
Totale	15.944,1	4,44	6.630,8	0,37	8.370,3	-2,85	4.742,7	1,37	8.576,8	0,34	34.802,0	-0,83	107.803,8	0,54

Fonte: Corte dei conti

Osservatorio. I dati dell'ultimo rapporto sono scoraggianti. In Italia si spende poco per ammodernare il sistema. Eppure soltanto con la Cartella clinica elettronica si risparmierebbero 1,6 miliardi di euro all'anno. E tempo e carta

La Sanità fuori dal digitale

SIMONE COSIMI

Un risultato, il 2014, l'ha lasciato in eredità. La spesa per la digitalizzazione della sanità è tornata a crescere con un +17% sull'anno prima. Sono 1,37 miliardi investiti in buona parte sulla Cartella clinica elettronica (58 milioni di euro) e sui sistemi di "disaster recovery", cioè di recupero dell'operatività e della continuità del servizio degli ospedali dopo black out e incidenti vari (40 milioni), fronti su cui anche nel 2015 si continuerà a scommettere. Seguono i meccanismi di gestione documentale e degli archivi e anche i medici di base stanno facendo passi avanti. La telemedicina rimane al palo con un solo 6% che ha già usato per il monitoraggio a distanza o il teleconsulto con altri specialisti.

Sono solo alcuni dei dati contenuti nell'ultimo rapporto dell'Osservatorio "Innovazione digitale in sanità" della School of management del Politecnico di Milano con la collaborazione di Doxapharma e Fimmg. L'impegno rimane tuttavia ancora limitato: per ammodernare la sanità pubblica si spende infatti solo l'1,3% del totale destinato al comparto. Troppo poco, tenendo conto del fatto che i benefici sarebbero straordinari, specialmente in tempi di revisione della spesa. Se in tutti gli ospedali italiani fosse diffusa la Cartella clinica elettronica si risparmierebbero 1,6 miliardi di euro l'anno. Ancora: se gli utenti potessero sfruttare un'offerta completa di servizi digitali, dal download dei referti via web alla prenotazione online di esami e visite (in una parola, il famoso Fascicolo sanitario elettronico), le strutture sanitarie risparmierebbero 350 milioni l'anno. Ai cittadini rimarrebbero in tasca 5 miliardi di tempi e spostamenti evitati. Stesso discorso (100 milioni in meno) per i servizi web nelle farmacie.

«L'innovazione digitale è una leva per fermare quel deterioramento che sta rendendo qualitativamente inaccettabili ed economicamente insostenibili i servizi del nostro sistema sociosanitario e il governo sembra finalmente muoversi», commenta Mariano Corso, responsabile scientifico dell'Osservatorio. Peccato che il momento resti complicato: «Ma siamo ancora di fronte al rischio di uno stallo istituzionale che rischia di impedire di passare dai patti ai fatti - continua Corso - occorre sostituire la tradizionale governance frammentata dell'innovazione non con una centralizzata, bensì con un modello partecipato, in cui il governo sia regolatore di alto livello e alle

Regioni sia dato il compito di promuovere la crescita digitale. L'istituzione da parte della Conferenza delle Regioni della Commissione speciale Agenda digitale può da

Soltanto il 13 per cento dei cittadini ha prenotato le prestazioni on line

re un contributo».

Emblema di questo stallo è il Fascicolo sanitario elettronico: il decreto attuativo del 2012 langue da 22 mesi e, a quanto pare, l'Agenzia per l'Italia digitale e palazzo Chigi avrebbero deciso di far slittare la scadenza del 30 giugno al prossimo dicembre. Nel frattempo alcune regioni si sono mosse da sole: dall'Emilia-Romagna col sistema Sole alla Lombardia passando per la Toscana, la Sardegna e la Provincia autonoma di Trento con la piattaforma TreC, dispongono di piattaforme dedicate e accessibili. Altre regioni, dal Friuli-Venezia Giulia al Lazio passando per Puglia, Piemonte e Veneto, stanno invece lavorando o hanno implementato singole parti del pacchetto-servizi, magari delegando alle Asl. I cittadini che hanno dato l'assenso alla gestione delle informazioni on-line sono appena 10 milioni e non è detto siano utilizzatori effettivi.

Bassi infatti i dati sull'uso: solo 13 cittadini su cento hanno prenotato online le prestazioni. Né meraviglia la scarsa informazione sui vantaggi del Fascicolo sanitario elettronico. Secondo Doxa l'83 per cento della popolazione italiana non ne ha mai sentito parlare e l'88% non sa se è attivo nella propria Regione. Il 95% non ha mai cercato informazioni sul tema.

E anche sul web non va meglio: secondo Voices from the Blogs su 400mila commenti sui social inerenti il tema salute digitale, solo l'11 per cento ha come tema il Fascicolo.

©RIPRODUZIONE RISERVATA



Il budget

Nel 2014 la spesa è tornata a crescere facendo segnare +17% sull'anno precedente. Totale 1,37 miliardi di euro



Fascicolo

Il progetto è bloccato. Se fosse disponibile per tutti i cittadini si risparmierebbero 5 miliardi, le strutture 350 milioni



I medici

Per quelli di famiglia la telemedicina è sperimentale: il 6% si è consultato con colleghi o monitora pazienti a distanza



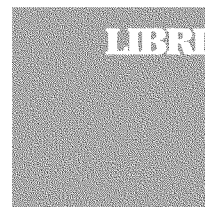
La spesa

L'ammodernamento della sanità italiana è insufficiente: solo l'1,3% della spesa totale è destinato alla digitalizzazione



Bambini

IL MANUALE DEL PICCOLO CHEF
 M. Koski e M. Järvinen
 256 pagine
 18,50 euro
 Il Pensiero Scientifico



Nutrizione

LA DIETA NUTRITARIA
 Joel Fuhrman
 351 pagine
 17 euro
 Sperling & Kupfer



Psicologia

LA PAURE SEGRETE DEI BAMBINI
 Lawrence J. Cohen
 269 pagine
 15 euro
 Urra Feltrinelli



Neurologia

MALATI PER FORZA
 Ferdinando Schiavo
 232 pagine
 25 euro
 Maggioli Editore

quotidianos^{sanità}.it

Martedì 16 GIUGNO 2015

Sanità integrativa. L'80% degli italiani non ne dispone. Più diffusa tra i dipendenti e al centro nord. Copertura scarsa per farmaci e grandi interventi ospedalieri. La ricerca Rbm Salute

Il livello spesa intermediata dalle forme di sanità integrativa è inferiore al 30% rispetto a media Ue. Buone le coperture su visite specialistiche e alta diagnostica. Carenze su grandi interventi e farmaci. Impatto contenuto sull'odontoiatria. "Il problema principale dell'attuale modello di Welfare Integrativo non è la sua estensione/concentrazione, ma l'intensità delle coperture che mette a disposizione". [LA RICERCA](#)

Oltre l'80% degli italiani non dispone di una Forma Sanitaria Integrativa e più del 90% è privo di una Forma Pensionistica Complementare. È quanto rileva la ricerca Rbm Salute sullo status del welfare integrativo in Italia e presentata nel corso del Welfare day 2015. La ricerca evidenzia come l'attuale modello di Welfare Integrativo è rivolto al lavoro dipendente e non include i nuclei familiari. I dati evidenziano poi come oltre il 55% dei lavoratori dipendenti aderisce a una Forma Sanitaria Integrativa e quasi il 40% beneficia di una Forma Pensionistica Complementare. I lavoratori autonomi presentano dei tassi di adesione alla Sanità Integrativa (poco meno del 15%) ed alla Previdenza Complementare (appena superiori al 5%) notevolmente più contenuti. Per quanto riguarda la geografia, il Welfare Integrativo è radicato prevalentemente nel Nord Ovest e nel Centro (oltre il 65%). Con particolare riferimento alle Forme Sanitarie Integrative bisogna osservare che gli aderenti risultano così distribuiti: 1 cittadino su 4 a Nord Ovest; 1 cittadino su 7 a Nord Est; 1 cittadino su 5 al Centro; 1 cittadino su 15 al Sud

“La limitazione di operatività delle Forme Sanitarie Integrative ai soli lavoratori dipendenti (e non anche ai relativi nuclei familiari) penalizza significativamente le famiglie italiane, tenuto anche conto della distribuzione media della spesa sanitaria tra i diversi componenti del nucleo”. Sottolinea **Marco Vecchietti** Amministratore delegato Rbm Salute.

Livello spesa intermediata da sanità integrativa è inferiore al 30% rispetto a media Ue.

Il problema principale dell'attuale modello di Welfare Integrativo non è la sua estensione/concentrazione, ma l'intensità delle coperture che mette a disposizione. Il livello di spesa privata intermediata dalle nostre Forme Sanitarie Integrative è inferiore di oltre il 30% alla media UE. Con riferimento alla Previdenza Complementare, la difficoltà di creare montanti previdenziali adeguati rischia di vanificare la mission pensionistica della previdenza complementare troppo spesso necessitata a far fronte alle più diverse esigenze di Welfare dei lavoratori e delle loro famiglie.

Prestazioni Ospedaliere: Solo un fondo sanitario integrativo su 3 copre tutti i ricoveri.

Il 35% delle Forme Sanitarie Integrative copre i Grandi Interventi Chirurgici, il 39% Grandi interventi ed alcuni ricoveri, mentre solo il 26% delle Forme Sanitarie Integrative Contrattuali copre tutti i Ricoveri. Riguardo ai Grandi Interventi oggetto di copertura, peraltro, la Ricerca evidenzia come al di là del wording formale dei singoli nomenclatori, il 73% dei Grandi Interventi Chirurgici assicurati dalle forme sanitarie integrative sono effettuabili nel solo S.S.N. peraltro il 20% dei Grandi Interventi Chirurgici richiede una terapia intensiva che è disponibile in media in poco più di 1/3 delle strutture presenti nei network delle Forme Sanitarie Integrative contrattuali.

Questa impostazione porta pertanto tali fondi sanitari a svolgere, soprattutto in questo campo, una funzione prevalentemente sostitutiva del s.s.n che non garantisce, quindi alcuna intermediazione sul fronte della spesa sanitaria privata. “In quest’ottica, – commenta Vecchiotti – per intervenire sull’effettività delle prestazioni bisognerebbe pertanto: migliorare/ampliare il network strutture private convenzionate introducendo strutture con una più elevata focalizzazione sui grandi interventi chirurgici e segnatamente su quelli di natura neurochirurgica e cardiocirurgica (qualità del network); estendere le liste delle Forme Sanitarie Integrative da CCNL dai Grandi Interventi Chirurgici a tutti i Ricoveri, riducendo la funzione sostitutiva delle Forme Sanitarie Integrative ed incrementandone il ruolo complementare rispetto al S.S.N.”.

Prestazioni di alta diagnostica: Importo medio liquidato da sanità integrativa pari al 26%

Tutte le Forme Sanitarie Integrative da CCNL garantiscono la copertura delle spese di diagnostica per immagini, e diagnostica strumentale, il 95,65% di tali Forme assicura anche le spese per terapie (tra le quali, in particolare, una quota rilevante è svolta da quelle di natura oncologica), solo poco più della metà delle Forme Sanitarie Integrative Contrattuali garantisce la copertura delle spese per esami endoscopici. In quest’area bisogna considerare che l’importo medio speso dai cittadini è pari ad € 492,43, l’importo medio liquidato dalle Forme Sanitarie Integrative di origine contrattuale è di € 131,74, con un importo medio non intermediato, pertanto, pari ad € 360,68 (con un minimo di € 293,70 nel Nord Est ed un massimo di € 419,75 nel Centro Italia). Fonte: RBM Salute-Previmedical

Visite Specialistiche: escluse visite di controllo, pediatriche e psichiatriche

Le Forme Sanitarie Integrative da CCNL prevedono la copertura delle spese per visite specialistiche a seguito di sospetto diagnostico o malattia. Sono, invece, escluse nella quasi totalità dei casi (il 96%) le visite routinarie e/o di controllo, fortemente limitate le visite pediatriche (ammesse solo nell’8% dei casi) e le visite psichiatriche (coperte solo nel 13% dei casi). In quest’area bisogna considerare che l’importo medio speso dai cittadini è pari ad € 222,11, l’importo medio liquidato dalle Forme Sanitarie Integrative di origine contrattuale è di € 56,66, con un IMPORTO medio NON INTERMEDIATO, pertanto, pari ad € 165,45 (con un minimo di € 132,45 nel Nord Ovest ed un massimo di € 171,33 nel Centro Italia). Fonte: RBM Salute-Previmedical

Accertamenti diagnostici: garantita copertura solo dal 39% delle forme sanitarie integrative

Solo il 39% delle Forme Sanitarie Integrative Contrattuali garantisce la copertura delle spese sostenute per gli accertamenti diagnostici. Peraltro, ove la copertura è prevista, risultano rimborsabili nel 78% dei casi le spese per i prelievi, nel 65% dei casi le le spese per gli esami cito/istologici/ immunoistochimici e nel 60% dei casi le spese per esami di laboratorio. In quest’area bisogna considerare che l’importo medio speso dai cittadini è pari ad € 81,03, l’importo medio liquidato dalle Forme Sanitarie Integrative di origine contrattuale è di € 58,60, con un importo medio non intermediato pari ad € 22,42 (con un minimo di € 16,29 nel Centro Italia ed un massimo di € 18,53 nel Sud). Fonte: RBM Salute-Previmedical

Farmaci: coperte solo le spese e/o post ricovero

Le Forme Sanitarie Integrative da CCNL coprono le spese per farmaci esclusivamente durante e/o post ricovero (87% dei casi) o nel corso di terapie in area extraospedaliera (nel 95% dei casi). Non sono rimborsate, invece, le spese per l’acquisto di farmaci stand alone. La Ricerca RBM Salute mostra chiaramente come l’area dei Farmaci rappresenti una delle aree di maggior bisogno di integrazione per le famiglie italiane. Infatti l’importo medio speso dai cittadini è pari ad € 2.766,10, l’importo medio liquidato dalle Forme Sanitarie Integrative di origine contrattuale è di € 726,99, con un IMPORTO medio NON INTERMEDIATO, pertanto, pari ad € 2.039,11 (con un minimo di € 428,42 nel Nord Ovest ed un massimo di € 1.064,70 nel Nord Est). Fonte: RBM Salute-Previmedical

Prestazioni odontoiatriche: livello copertura contenuto

Da ultimo la Ricerca RBM Salute sulle prestazioni dei Fondi Sanitari Integrativi di origine contrattuale si è soffermata sull’area dell’odontoiatria che ha, anch’essa, una particolare rilevanza nel campo della spesa privata Out of Pocket. Al riguardo la Ricerca sottolinea in primo luogo come il livello di copertura delle Forme Sanitarie Integrative sono piuttosto contenuto. Infatti Forme Sanitarie Integrative Contrattuali nel 78% dei casi si limitano a garantire la copertura della prevenzione odontoiatrica, nel 69% dei casi assicurano le cure odontoiatriche di minore intensità e solo nel 39% dei casi garantiscono la copertura dell’implantologia, nel 34% della chirurgia odontoiatrica e nel 21% delle spese odontoiatriche di tipo ricostruttivo conseguenti ad infortunio. La Ricerca RBM Salute conferma come anche la spesa odontoiatrica abbia una significativa incidenza sulla spesa privata delle famiglie italiane. Infatti l’importo medio non intermediato dalle Forme

Sanitarie Integrative è rispettivamente di € 652,01 per l'implantologia, di € 353,59 per le cure odontoiatriche di minore intensità e di € 87,80 per la prevenzione

“Per poter rilanciare l'attuale Sistema di Welfare Integrativo sia necessario intervenire sulle sue debolezze strutturali, sulle sue contraddizioni e sulle sue fragilità. Il rinnovamento della previdenza complementare e della sanità integrativa del resto non passa (solamente) per interventi di natura normativa perché il fulcro del sistema è l'autonomia negoziale che negli anni lo ha costruito. In quest'ottica – conclude Vecchietti – la nostra mission, ed in particolare quella del nostro nuovo brand RBM Welfare Solutions, è fornire alle Parti Sociali, ai Fondi ed alle Aziende soluzioni assicurative e gestionali per cogliere questa sfida ed andare insieme oltre l'attuale Welfare Integrativo verso un modello più inclusivo, più efficace e più equo di protezione sociale.”

> NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

Basta tagli, servono soluzioni

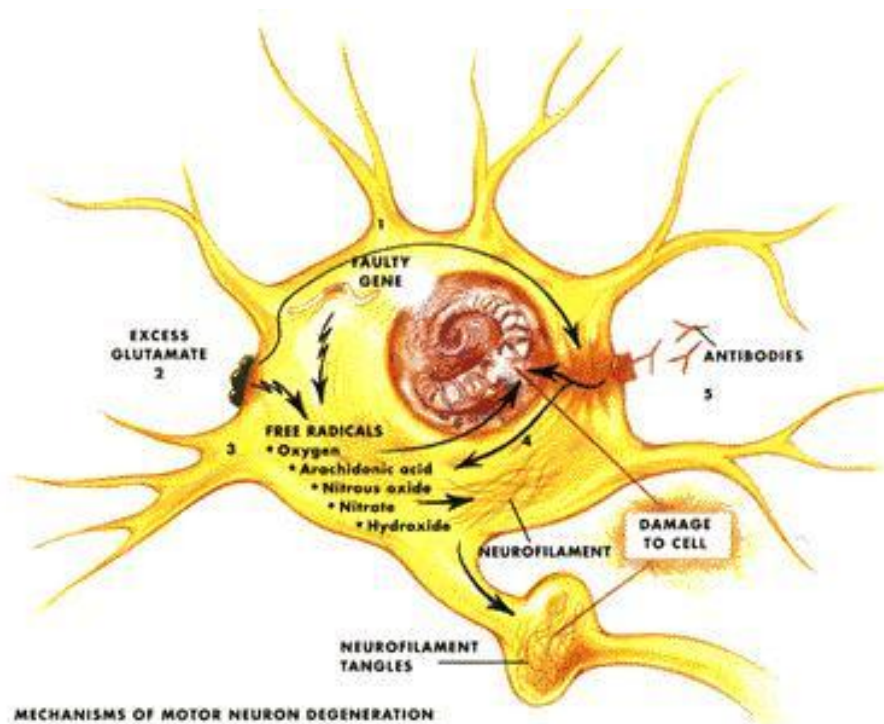
Un anno fa i risultati dello studio del Censis: liste d'attesa con tempi biblici, cure a pagamento (intramoenia o privato) per chi poteva. Oggi gli stessi ricercatori confermano le criticità, e dicono che sono aumentate attese e, di oltre un miliardo, la spesa privata (e infatti quella pubblica è diminuita). Come un carico da novanta la Corte dei Conti aggiunge che, nel rapporto sulla Finanza pubblica, l'assistenza territoriale e la prevenzione sono inadeguate, mentre cresce l'inappropriatezza. In pratica: la sanità perde sempre più colpi, non è uguale per tutti, e tra i cittadini si diffonde la paura sul futuro del servizio pubblico. È ormai evidente che i tagli lineari sono un disastro. E che Stato e Regioni non possono limitarsi a concordare altre "sforbiciate": devono indicare le soluzioni per restituire certezze sulla nostra sanità.

guglielmopepe@gmail.com



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



quotidiano**sanità**.it

Martedì 16 GIUGNO 2015

Ortopedia hi tech. Impiantate a Bologna le prime protesi di osso stampate in 3D. Operati 5 pazienti

Sono cinque i pazienti già operati all'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna utilizzando protesi stampate in 3D. "Il grande vantaggio per il paziente è la ricostruzione nel modo più appropriato possibile dal punto di vista anatomico dei rapporti tra il suo femore e il suo bacino"

Dalla stampa in 3D nuove possibilità di cura. Sono cinque i pazienti già operati all'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna utilizzando protesi su misura stampate in 3D. Insomma, una vera e propria rivoluzione che apre nuove scenari. "Il grande vantaggio per il paziente – spiega il chirurgo ortopedico **Davide Donati**, direttore dell'Oncologia Ortopedica del Rizzoli, che ha eseguito gli interventi con il suo staff – è la ricostruzione nel modo più appropriato possibile dal punto di vista anatomico dei rapporti tra il suo femore e il suo bacino, che significa la possibilità di una deambulazione corretta dopo l'intervento."

Ma come funzionano le protesi. La progettazione della protesi su misura ("custom made") si basa sui dati del singolo paziente, ricavati con tac e risonanza, a partire dai quali viene realizzato un bacino virtuale e in esso identificato il "pezzo" di osso che va sostituito, differente per ogni paziente perché dipendente dalla sua anatomia e dalla estensione della malattia. La stampante 3D lo stampa come se fosse il pezzo mancante di un puzzle tridimensionale perché "si incastrano" esattamente dove i chirurghi asportano la parte di osso malata. La protesi è in titanio trabecolare, riproduce cioè il tessuto osseo caratterizzato da una struttura che ricorda una trave.

La realizzazione tramite stampa 3D di dispositivi su misura fatti di sostanze biologiche rappresenta un ulteriore ambito di ricerca che il Rizzoli sta approfondendo: verrà attivata una piattaforma di Bioprinting per la fabbricazione di dispositivi "custom made" effettuata tramite l'acquisizione di immagini radiologiche da una TAC dual Energy.

I dispositivi potranno essere stampati in tri-dimensione utilizzando diversi tipi di materiali che in alcuni casi saranno scelti per la capacità di veicolare cellule al loro interno. Con queste potenzialità, nel Centro di Ricerca del Rizzoli si potranno effettuare progetti di ricerca con l'obiettivo di identificare i costrutti migliori per applicazioni di medicina rigenerativa dell'apparato muscolo-scheletrico e maxillo-facciale, cui faranno seguito specifiche applicazioni sui pazienti.

L'acquisizione della piattaforma, del valore di oltre due milioni di euro, è stata resa possibile grazie a un finanziamento congiunto del Ministero della Salute e della Regione Emilia-Romagna.

Questi e altri risultati e prospettive della stampa 3D in medicina verranno illustrati venerdì 19 giugno alla "foundation conference" per la nascita dell'Italian Digital Biomanufacturing Network (IDBN). "La rete nasce con l'obiettivo di collegare a livello nazionale gli sperimentatori che hanno raggiunto i risultati più avanzati nell'applicazione della nuova tecnologia in diversi ambiti medici – spiega il copresidente della conferenza **Pier Maria Fornasari**, Direttore della Banca del Tessuto Muscolo-scheletrico del Rizzoli. –Per il nostro Istituto la stampa 3D rappresenta una strada di massimo interesse per le nuove opportunità nella chirurgia ortopedica d'avanguardia."

GOZZO. Sei milioni di pazienti, molti sono bambini che possono subire danni permanenti. Come riconoscere subito i sintomi

Così lo iodio dà una mano alla tiroide

TINA SIMONIELLO

È una ghiandola endocrina a forma di farfalla, nella regione anteriore del collo. Se lo iodio nella dieta è carente, nel tentativo di lavorare di più e compensarne la carenza, aumenta di volume e diventa ipertrofica. Il gozzo è il disturbo da deficit di iodio più frequente: più severo e diffuso nei paesi emergenti, di grado lieve-moderato nel mondo industrializzato, Italia compresa, dove circa 6 milioni di persone ne sono affette: più del 10%. Molti sono giovani: ne soffre il 6-9% dei bambini in

età scolare, un numero più alto del 5% dato dall'Oms come valore indicativo di iodio-sufficienza per quella fascia d'età. Lo iodio è un costituente essenziale degli ormoni tiroidei, triiodotironina e tiroxina, o T3 e T4, che hanno recettori ubiquitari, distribuiti cioè su tutti gli organi, e contribuiscono al manteni-

mento dell'omeostasi, cioè dell'equilibrio metabolico nel corso dell'intera vita «in particolare in alcune fasi dell'età evolutiva - spiega Marco Cappa, responsabile dell'Endocrinologia del Bambino Gesù di Roma - nel corso della quale giocano un ruolo chiave in processi essenziali come lo sviluppo del sistema nervoso centrale, nella salute del cuore, e nella crescita staturale». Intorno ai 12 anni la tiroide passa da un peso di 5 a 20-30 grammi: un incremento fisiologico che richiede molto iodio. «Se in questa fase si ha un deficit di nutrizionale la ghiandola risponde aumentando di dimensioni», continua Cappa.

Particolarmente sensibile al deficit di iodio è il cervello in età fetale e neonatale, che in condizioni di carenza va incontro a uno sviluppo anomalo. Durante la gravidanza e con l'allattamento il fabbisogno passa da 100-150 a 200-250 mcg al giorno. «Questo perché si ha una perdita renale di questo elemento legata alla maggiore diuresi tipica della gravidanza, e perché c'è l'esigenza di aumentare la sintesi ormonale da parte della tiroide materna, indispensabile per il corretto sviluppo del feto e della placenta». In condizioni di forte carenza nutrizionale di iodio nella vita intrauterina, i neonati potrebbero non essere in grado di sintetizzare or-

moni in quantità adeguata, col rischio di sviluppare ipotiroidismo neonatale (uno su 3000 in Italia), che se non trattato subito può causare seri danni neuropsichici e psicomotori. «Nel nostro paese sottoponiamo a screening tutti i nuovi nati, li intercettiamo e li sottoponiamo a terapia ormonale sostitutiva», riprende Cappa. Il periodo dello svezzamento e fino ai 2 anni è un altro momento importante.

I sintomi, come il rigonfiamento del collo e l'aumento di volume della tiroide, sono sol-

Un rigonfiamento del collo e l'aumento di volume della ghiandola tra le avvisaglie

tanto un segno, il primo, della carenza di iodio, evidenziabile con una visita pediatrica. Ma se l'insufficienza è grave e protratta nel tempo i sintomi si fanno più importanti: scarso accrescimento e aumento di peso, battito cardiaco lento e linguaggio rallentato, fino al deficit cognitivo. «Sono già effetti di una sintesi insufficiente di ormoni (ipotiroidismo), segni che riscontriamo raramente - tranquillizza l'endocrinologo - ci vogliono molti mesi di carenza di iodio perché si manifestino». I disturbi o le patologie da carenza di iodio in età evolutiva possono in parte essere prevenuti con un'assunzione supplementare dalla gravidanza e poi da bambini e adolescenti. «Se si fosse già instaurata una condizione di insufficiente produzione di ormoni tiroidei bisognerebbe ricorrere a terapia ormonale sostitutiva con T4: se il danno alla tiroide fosse permanente la tos andrebbe assunta per la vita», conclude Cappa.

Inoltre, lo iodio si assume con gli alimenti, ma la quantità ingerita di rado è sufficiente a raggiungere il fabbisogno giornaliero. «Un adolescente - riprende Cappa - assume circa 50 microgrammi di iodio al giorno, ma il suo fabbisogno è di 100-150. Quindi, se certamente è necessario seguire una dieta equilibrata e varia, si deve integrare lo iodio utilizzando un sale addizionato. Che non significa utilizzare più sale, assolutamente. Il consiglio è di usare poco sale ma iodato».

FLASH

Il sale

Lo iodio non si respira, neanche al mare: la quantità nell'aria è trascurabile. Lo iodio si mangia e si trova, in varie quantità, negli alimenti. «Il problema è che anche con una dieta con due volte a settimana pesce, tutti i giorni latte e un po' di formaggio - spiega Antonella Olivieri, responsabile scientifico Osservatorio nazionale per il monitoraggio della iodoprofilassi dell'Istituto - arriviamo al 50-60% del fabbisogno giornaliero». Che è per un adulto di 150 microgrammi, per una donna in gravidanza e allattamento 250, per un neonato 40, 90 sotto i sei anni, e 120 mcg da 6 a 12. Gli alimenti con la più alta concentrazione di iodio - cita Olivieri - sono crostacei, molluschi e pesci di mare (100-300 mcg per 100 g). Poi con 15 mcg è nel latte, nelle uova con 8. In carne, cereali, vegetali e frutta è presente in tracce». E infatti ne assumiamo poco. «La strategia è la profilassi con sale iodato, che - sottolinea l'esperta - va sostituito al sale comune, visto che non è un farmaco e non ha effetti collaterali». In Italia una legge del 2005 prevede una serie di misure per promuoverne il

consumo, tra queste la presenza obbligatoria negli esercizi, l'uso nelle mense, la vendita di sale non iodato solo su richiesta. Però se ne vende poco: un po' più della metà del totale nella grande distribuzione. Infine qualche consiglio. Lo iodio è volatile: il sale va conservato in contenitori chiusi. Con il calore si perde il 30% di iodio: aggiungerlo a fine cottura. Infine una curiosità: 5 g. di sale iodato equivalgono, come iodio, a una porzione di pesce di mare. (f. s.)

settimanamondialedellatiroide.it

IL GOZZO

Ingrandimento della tiroide causato spesso dalla carenza di iodio

- 1 La tiroide non riesce a secernere ormoni contenenti iodio quindi l'ipofisi, a scopo compensatorio, aumenta la produzione di TSH*
- 2 L'eccessiva secrezione di TSH fa aumentare il volume della tiroide, da cui il gozzo

FONTE: RIELABORAZIONE RSALUTE

Linfomi. Nuove molecole molto potenti consentiranno di colpire e abbattere anche i "non Hodgkin". Un grande successo, non solo perché la patologia è in crescita ma perché è sempre stata un modello su cui testare approcci applicati poi ad altre neoplasie

Farmaci "intelligenti" la guarigione è vicina

ANASTASIOS STATHIS *

La cura dei linfomi è vicina a una svolta. Siamo a un passo dal poter decifrare e descrivere nel dettaglio il codice genetico del linfoma di ogni paziente e questo a breve ci permetterà di poter adattare le terapie e l'uso di nuovi farmaci, mirati e molto potenti, alle caratteristiche molecolari e biologiche del linfoma di ciascuno. È un balzo importantissimo per l'oncologia, perché riguarda la guarigione di una malattia in crescita e perché i linfomi sono sempre stati un modello su cui vengono testati approcci terapeutici poi applicati ad altri tumori.

Già oggi è possibile guarire circa la metà dei pazienti con linfomi non Hodgkin, con percentuali diverse. Con "linfoma non Hodgkin" intendiamo una trentina di sindromi, spesso differenti. La maggiore novità degli ultimi vent'anni è l'anticorpo monoclonale rituximab: una molecola "intelligente" in grado di riconoscere e legarsi a determinate cellule tumorali per renderle più visibili al sistema immunitario, che riesce a "combatterle". Questo farmaco ha sferzato la ricerca, a sua volta facilitata dalla possibilità di decifrare il codice genetico dei vari tipi di linfoma maligno, e dai miglioramenti delle tecniche di laboratorio, che permettono di seguire quelle lunghe sequenze di eventi biochimici che sfociano nella proliferazione delle cellule linfatiche maligne.

I risultati si vedono. Negli ultimi due o tre anni sono stati immessi sul mercato farmaci innovativi e mirati, in grado di ottenere risultati anche nei linfomi che non rispondevano più alle terapie standard. Il primo, il brentuximab vedotin, è un anticorpo monoclonale associato a un chemioterapico: l'anticorpo funziona da vettore per introdurre la sostanza anti-tumorale nelle cellule tumorali, risparmiando quelle sane. Questo farmaco ha dimostrato di poter ottenere regressioni della malattia in più della metà dei pazienti con linfoma di Hodgkin e in quelli affetti dal linfoma non Hodgkin "anaplastico a grandi cellule", anche in caso di resistenza a tutte le terapie convenzionali, compresi i trapianti. Risultati simili sono stati raggiunti con altri farmaci in pazienti con leucemia linfatica cronica o linfomi non-Hodgkin "indolenti". Si tratta delle

cosiddette "piccole molecole", in grado di colpire precisamente gli snodi critici della sequenza di eventi biochimici che permettono alle cellule del linfoma di proliferare. Gli studi hanno scoperto quali tra questi snodi sono potenzialmente bloccabili con farmaci specifici. Due di queste piccole molecole, ibrutinib e idelalesib, sono disponibili da poco nell'UE.

Ma la scoperta più recente è rappresentata dagli "inibitori dei checkpoints", un tipo innovativo di immunoterapia. I checkpoints sono passaggi essenziali nella catena delle reazioni del nostro sistema immunitario, e in alcune situazioni possono diminuirne l'efficacia. Un checkpoint è il recettore PD1 (programmed death, morte programmata) che può essere stimolato da alcune sostanze prodotte nelle cellule tumorali linfatiche; questa stimolazione continua causa un esaurimento dei linfociti T, essenziali del nostro sistema di autodifesa.

Recentemente sono stati testati in pazienti con diversi tipi di linfoma due anticorpi in grado di bloccare il PD1, e di "risvegliare" il sistema immunitario. I risultati sono estremamente positivi, in particolare nei pazienti con linfoma di Hodgkin, che hanno ottenuto una regressione della malattia anche dopo il fallimento di tutte le cure standard, compreso il brentuximab vedotin. E c'è chi ipotizza che tutti i pazienti con linfoma di Hodgkin potranno guarire. Oggi ci riusciamo all'85%.

Purtroppo non siamo ancora a questo riguardo nella terapia dei linfomi non Hodgkin, dieci volte più frequenti. È necessario intensificare gli sforzi. All'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI) di Bellinzona un gruppo consistente di ricercatori si dedica alla valutazione preclinica e clinica di possibili nuovi farmaci. Abbiamo dimostrato l'efficacia di un nuovo farmaco (OTX015) che inibisce le sostanze che regolano l'espressione di alcuni geni chiave per la crescita dei linfomi. Siamo allo studio nei primi pazienti, con risposte sorprendenti. Il farmaco è entrato in studi clinici avanzati. Anche di questo discuteremo da domani a Lugano durante il congresso internazionale sui Linfomi Maligni (ICML).

* Resp. clinico div. ricerca
Ist. Oncologico Svizzera Italiana

FLASH

Idratazione

La richiesta al ministero della Salute è di una giornata nazionale dell'idratazione, come primo passo verso una giornata mondiale. La richiesta segue il recente incontro presso Expo per la presentazione del Manifesto dell'idratazione su rischi e danni per la salute da un'idratazione sbagliata o inadeguata. L'appello nasce dalle evidenze emerse dal Consensus Paper "Water & Health", un'analisi degli studi clinici realizzata da FEMTEC, con il supporto del team di medicina tradizionale e complementare dell'Oms. Il tutto racchiuso in un manifesto dell'idratazione.

Il progetto

Al congresso mondiale di Dermatologia di Vancouver premiato con lo Skin Pact Awards, un progetto italiano dell'università Cattolica e di quella di Parma. L'iniziativa, promossa da Galderma e IIS, international league of dermatological societies, premia l'innovazione in dermatologia per migliorare la vita dei pazienti. Il progetto "Bed-to-Bench and back" punta ad arricchire il percorso dei dermatologi con una migliore comprensione delle basi cellulari e molecolari delle malattie della pelle.

L'app

Un'app, Diventare Mamma, per scoprire qual è il momento più fertile per concepire un bambino grazie al "Calendario dell'ovulazione", ma poi un diario della gravidanza, consigli per una corretta alimentazione, il monitoraggio del peso giorno per giorno. Iniziativa di Nestlé materna con Mustela

Tumori. Da domani al 20

a Lugano conferenza internazionale
con la presentazione delle novità

Raddoppiati in 30 anni ma la mortalità scende la "colpa" è dei virus e dell'inquinamento

FRANCO CAVALLI *

L'INCIDENZA dei linfomi è raddoppiata in trent'anni: sono il quinto tumore per frequenza e complessivamente tra i tumori meglio guaribili. Per comprendere a fondo come questo sia accaduto, occorre fare un passo indietro. I tumori del sistema linfatico si possono suddividere in due categorie: Hodgkin e non-Hodgkin. I primi, meno diffusi, sono i più guaribili: rappresentano il 15% dei casi, colpiscono più i giovani - due terzi dei malati hanno meno di 40 anni - la loro incidenza è rimasta stabile, e negli anni, grazie a terapie sempre più efficaci e meno tossiche, hanno raggiunto una guaribilità che si avvicina al 90%. Diverso il quadro dei linfomi "non-Hodgkin": rappresentano il restante 85%, comprendono una trentina di

condizioni differenti fra loro per evoluzione e aggressività, e la loro crescita è continua e costante. Maggiori responsabili della loro aumentata diffusione sono i virus, Aids ed epatite, che si diffondono rapidamente, e le "aggressioni ambientali", come le varie forme di inquinamento. Il nostro sistema linfatico è per noi uno scudo: con i suoi linfociti e gli anticorpi da questi prodotti, protegge l'organismo dagli attacchi esterni che provengono, soprattutto, da virus e agenti tossici ambientali. I virus, con la loro struttura molto simile a quella del nostro Dna, sono in grado di modificare i nostri linfociti, trasformandoli in cellule maligne che daranno origine ad un tumore, e qualcosa di simile può capitare anche con le sostanze chimiche che penetrano nelle nostre cellule linfatiche. Ma non è tutto: ad ogni aggressione esterna, il nostro sistema

linfatico reagisce moltiplicando all'infinito i suoi elementi cellulari che hanno il compito di difenderci. E i tumori, molto spesso, nascono proprio da una suddivisione cellulare mal riuscita, che genera una cellula anomala da cui può svilupparsi la malattia tumorale. È facile immaginare dunque che quanto più numerose sono le moltiplicazioni cellulari, tanto più aumentano le possibilità che una proliferazione cellulare "deragli" dando origine a un tumore.

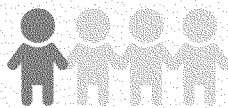
La buona notizia è che la mortalità tende a diminuire grazie al continuo miglioramento della nostra capacità di curarle: nuove evidenze, nuove tecniche e nuovi farmaci che vanno nella direzione della personalizzazione della cura, sempre più "a misura di paziente". Proprio di questo si parlerà a Lugano, da domani al 20 giugno, alla Conferenza Internazionale sui Linfomi Maligni (ICML), l'incontro più importante a livello mondiale per questi particolari tumori. Il Congresso però non è un appuntamento fondamentale solo per il mondo scientifico oncologico, ma anche per malati, familiari e i medici che li hanno in carico: saranno presentate in anteprima, infatti, le terapie più innovative in sperimentazione clinica nei Paesi europei, che possono essere testate in pazienti per cui hanno fallito le terapie standard.

* *Presidente del congresso ICML e direttore Scient. ESO (European School of Oncology)*

GRUPPO EDITORIALE L'ESPRESSO

INCIDENZA in Italia

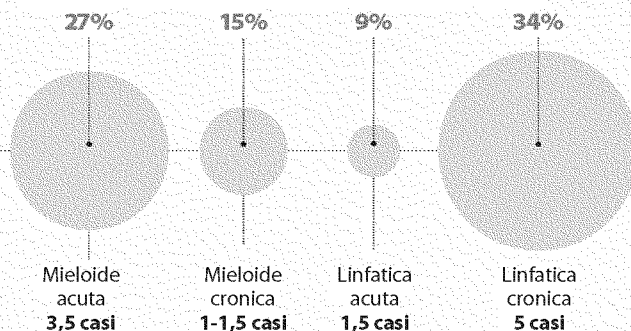
8100
nuovi casi l'anno



1 BAMBINO SU 4
con diagnosi di cancro
soffre di leucemia
linfoblastica acuta

PERTIPOLOGIA DI LEUCEMIA

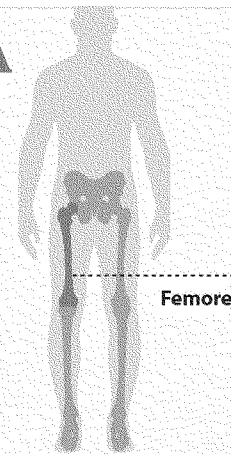
PERCENTUALI SULLA POPOLAZIONE. CASI OGNI 100MILA ITALIANI ALL'ANNO



LEUCEMIA

COS'È

È una malattia tumorale che ha origine nel **midollo osseo**, cioè nel tessuto dal quale prendono origine tutte le cellule del sangue



Femore

