



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La sanità / 1

Cure fuori regione, mille pazienti «regalati» al Nord

Ospedali affollati e senza posto, liste di attesa che superano gli argini storici, sedute operatorie ridotte del 30% a causa dei nuovi turni, strutture di eccellenza per patologie specialistiche al lumicino, personale scarso e demotivato, soggetto a burn-out. Queste e altre criticità danno una direzione centrifuga ai pazienti campani in cerca di cure. Il dato di 281 milioni, saldo negativo tra i 398,8 milioni impiegati per rimborsare le cure dei pazienti campani che nel 2014 hanno scelto di curarsi fuori regione e i 117 milioni incassati con la mobilità in entrata è ormai strutturale. Mille posti persi.



Viaggi della speranza Nelle foto d'archivio uno scorcio del Loreto Mare, in basso l'ospedale di Vallo della Lucania

La sanità / 2

I troppi primari e la difesa dei manager

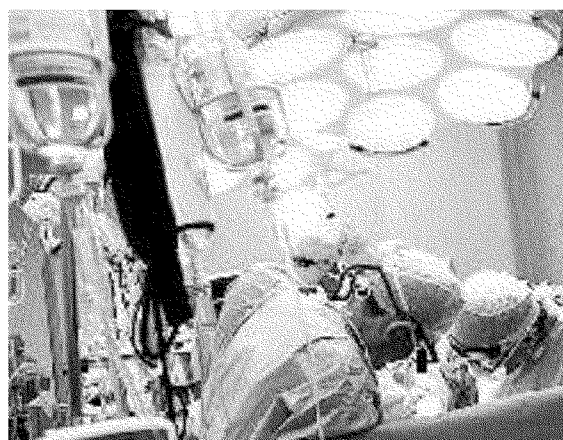
E suberi di personale ed eccesso di primari nelle corsie di Asl e ospedali della Campania: in vista della prima udienza, fissata per il 29 febbraio, in cui ex manager e direttori delle aziende ospedaliere della Campania sono convocati dalla Corte dei conti (devono

rispondere di un presunto danno erariale) - i diretti interessati sono riuniti ieri per conferire i mandati ai rispettivi legali. E si difendono dall'accuse di un numero di nomine eccessive in ospedali ed aziende sanitarie locali della Campania.



In riunione

Ex manager e direttori delle aziende ospedaliere si sono incontrati per ribaltare tutte le accuse



“

Le accuse alle Asl

Le notifiche da parte della magistratura contabile ancora in corso: difese depositate a marzo

L'inchiesta

«Troppi primari negli ospedali» Dg e manager pronti a difendersi Decisa la strategia, udienza a fine febbraio alla Corte dei conti

Ettore Mautone

Esuberi di personale ed eccesso di primari nelle corsie di Asl e ospedali della Campania: in vista della prima udienza, fissata per il 29 febbraio, in cui ex manager e direttori delle aziende ospedaliere della Campania sono convocati dalla Corte dei conti (devono rispondere di un presunto danno erariale) - i diretti interessati si sono riuniti ieri per conferire i mandati ai rispettivi legali. Ad affiancarli c'è anche l'ufficio legale di Federsanità Anci e Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie ospedaliere).

In base alla corposa istruttoria della magistratura contabile si delineano due situazioni giuridicamente differenti: la prima riguarda i direttori generali delle aziende ospedaliere e la seconda i manager delle Asl. Per i primi (Anna Maria Minicucci manager del Santobono, Nicola Boccalone al timone del Rummo, Patrizia Caputo commissario del Cardarelli - che nelle more ha già provveduto al riordino - Luigi Muto a capo dell'ospedale di Caserta, Giuseppe Rosato manager del Moscati, Antonio Giordano direttore dell'azienda dei Colli, Pedini al Pascale) tutta la

parte preliminare alla definizione degli atti aziendali che definiscono le piante organiche in base agli standard nazionali, era giunta ad una fase di definizione avanzata.

In particolare, a fine 2014, le proposte che erano state formulate dai direttori generali erano confluite in una serie di decreti commissariali pubblicati sul Bollettino regionale del

18 settembre di quell'anno. Atti aziendali, tuttavia, mai approvati, (bensì licenziati con una serie di prescrizioni), nero su bianco ma in attesa di un via libera definitivo che poi non è arrivato né prima della fine della consultatura Caldoro tantomeno nella fase successiva all'insediamento di De Luca. Nel mezzo c'è il clamoroso ritardo (8 mesi) con cui il Ministero ha nominato il nuovo commissario ad acta Joseph Polimeni, unico titolare del procedimento con facoltà di firma degli atti aziendali. Tant'è che quest'ultimo solo l'8 febbraio scorso, a poche settimane dalla nomina, fa obbligo alle aziende sanitarie e ospedaliere di procedere ad horas agli adeguamenti delle piante organiche chiedendo al contempo l'invio immediato degli atti aziendali già predisposti. A stretto giro - venerdì scorso per gli ospedali e ieri per le Asl - Polimeni ha poi fatto scattare il semaforo verde alle nuove griglie di personale, l'atto che mancava per disincagliare tutta la com-

pressa partita del riordino del personale sanitario in Campania.

Diverso è lo scenario per le Asl. Qui nel 2014 la fase istruttoria era rimasta al palo di un'interdizione tra i manager e la commissione regionale a tale scopo istituita che, su mandato della struttura commissariale, stava vagliando le proposte di riordino di strutture (semplici, semplici dipartimentali e strutture complesse) cui affidare la mission assistenziale. Si trattava di individuare (demansionando o promuovendo) i dirigenti di I livello e i primari, molti dei quali con incarichi a scavalco e indennità parziali, circostanza di cui occorrerà tenere conto per la valutazione finale della reale entità del danno patito dalle casse pubbliche. Per le Asl la notifica degli atti della Corte dei conti è ancora in corso e i termini per il deposito delle difese slitteranno dunque a marzo. Sullo sfondo resta il fatto che tutta la partita dei ritardi e inadempimenti di cui sono accusati manager e funzionari avveniva in assenza di un Piano ospedaliero regionale. Il decreto 49 licenziato dal 2010 dall'allora commissario ad acta Giuseppe Zuccatelli è infatti rimasto a bagno maria per anni nelle maglie del tavolo interministeriale di verifica del Piano di rientro dal deficit sebbene gli atti aziendali siano null'altro che il braccio operativo di una pianificazione che definisce la configurazione dell'offerta sanitaria in base al fabbisogno programmato e alla missione assistenziale attribuita a ciascuna azienda sanitaria al fine di assicurare i Livelli essenziali di assistenza. Iter che per prassi vede sempre il coinvolgimento delle forze sindacali. Quel che è certo, invece, è che la legge cui la Corte dei conti fa riferimento e da cui muovono gli atti è il decreto n. 78 del giugno del 2015, convertito nella legge 128 del 6 agosto 2015 (decreto Lorenzin ispirato agli standard ospedalieri definiti dall'ex ministro Balduzzi) pubblicato sulla



Gazzetta ufficiale del 14 agosto dello scorso anno. Nella conversione in legge, all'articolo 9 un comma dispone la retroattività dell'atto al 1° gennaio del 2015. Un comma che salverebbe le posizioni di molti manager e funzionari coinvolti che, al momento del varo della norma, non erano più in sella per fine mandato (Sergio Florio ad Avellino, Maurizio D'Amora a Na 3 sud, Michele Rossi a Benevento, Paolo Menduni a Caserta, Giuseppe Ferraro al Napoli 2 Nord). Gli unici ancora nelle funzioni a fine del 2014 erano infatti

Ernesto Esposito alla Asl Napoli 1 (non coinvolto nella vicenda in quanto aveva riassorbito gli esuberi evitando di conferire incarichi mano a mano che si verificavano i pensionamenti) e Antonio Squillante che ha già prodotto una serie di carteggi a difesa della sua posizione. Una procedura amministrativa contabile complessa che sarà difficile districare in breve tempo mentre allo stop del sequestro preventivo della Procura è già scattata la reiterazione della richiesta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso
Disagi anche per il clamoroso ritardo della nomina del nuovo commissario

Sulle 203 prestazioni "a rischio" la ministra riconosce problemi applicativi e ricadute per assistiti e medici

Appropriatezza, macchine indietro

Arriva una circolare per fare chiarezza - Lorenzin: no superticket e stop alle sanzioni

Un tavolo ministero Salute, Fnomceo, Regioni, metterà mano già da questa settimana al decreto appropriatezza. Che di fatto sarà riveduto e corretto sia negli errori di contenuto sia in quelli tecnici, che ne stanno rendendo impossibile l'applicazione, come denunciato da medici, assessori e cittadini.

Per il momento, le sanzioni per i camici bianchi inadempienti, diretta derivazione del Dl Enti locali che le ha introdotte, sono sospese. Ed è in arrivo una circolare esplicativa che dovrà garantire l'applicazione omogenea delle disposizioni.

La ministra Lorenzin getta acqua sul fuoco dell'allarme super-ticket: «è dovuto a un problema tecnico», è la spiegazione, che sarà risolto da Sogei. Per i cittadini, sono in arrivo manifesti in tutti gli studi e ambulatori medici.

GOBBI A PAG. 2-3

Un tavolo tra ministero, Regioni e Fnom rimetterà mano alle norme - Circolare in arrivo

Appropriatezza, si ricomincia

Sanzioni sospese fino alla piena operatività - Ma i medici confermano lo sciopero

Un tavolo ministero, Fnomceo, Regioni, metterà mano già da questa settimana al decreto appropriatezza. Che di fatto sarà riveduto e corretto sia negli errori di contenuto sia in quelli tecnici, che ne stanno rendendo impossibile l'applicazione, come denunciato da medici, assessori e cittadini. Per il momento, le sanzioni per i camici bianchi inadempienti, diretta derivazione del Dl Enti locali che le ha introdotte, sono sospese. Ed è in arrivo una circolare esplicativa che dovrà garantire l'applicazione omogenea delle disposizioni.

Il decreto 9 dicembre 2015, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 20 gennaio scorso, è legge ma nella sostanza l'applicazione concreta e completa viene rinviata a quando saranno state apportate le modifiche necessarie e saranno state concordate le eventuali penalità per i medici, che in ogni caso necessiteranno di un accordo Stato-

Regioni. «Il decreto sull'appropriatezza rimane, ma cercheremo di evitare i disagi ai medici e ai pazienti. Le Regioni si sono impegnate a fare il possibile per evitare trattamenti differenti rispetto al luogo in cui si vive. Ma siamo pronti a rivedere il decreto semplificandolo e per farlo elaboreremo una circolare con tutti i chiarimenti per i medici», ha spiegato Sergio Venturi, coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, a conclusione dell'incontro.

Da parte del ministero, si tratta nella sostanza di una retromarcia sul provvedimento che tanto ha infiammato gli animi. La ministra Beatrice Lorenzin, che è tornata a parlare di un «difetto di comunicazione» rispetto alla nuova legge, si è detta pienamente disponibile ad affrontare e risolvere tutte le criticità in campo. E soprattutto ha gettato acqua sul fuoco rispetto all'allarme spesa lanciato dalla Fimmg:

«Non ci saranno assolutamente super-ticket per i cittadini, dovuti a prescrizioni di esami su singole ricette ognuna gravata da un ticket», ha spiegato. Il caso è nato dall'ennesimo errore tecnico, cui la Sogei, presente all'incontro, dovrà rimediare al più presto.

Nel frattempo, i cittadini che fino a oggi di tutta la faccenda hanno capito poco o nulla, troveranno a breve manifesti negli studi medici. «Bisogna dare un'informazione più completa e dettagliata ai pazienti - ha spiegato ancora la ministra -. Per questo dovremo costruire una sorta di manifesto da appendere negli ambulatori, perché non deve essere il medico a spiegare che cos'è l'appropriatezza e come funziona. L'informazione, insomma, deve essere chiara e il paziente deve anche sapere che può essere fatto tutto quello che è necessario per lui e che su questo non ci sono assolutamente limiti».

Il duello ministero-sindacati. Tra ministri e medici, insomma, sarebbe "scoppiata la pace". Del tavolo che rivedrà il decreto però non faranno parte i sindacati, che la ministra promette comunque di incontrare a breve. Ma è proprio il caso di dirlo: mai nome fu meno appropriato. Il cosiddetto "decreto appropriatezza", concepito con la forzatura imposta dal Dl Enti locali, nato "male" - almeno a sentire medici e associazioni che sono stati tenuti fuori dall'elaborazione della lista delle prescrizioni sotto la lente - e cresciuto (cioè pubblicato) nel caos, torna punto e a capo. Anche il vertice è stato accompagnato dalle polemiche dei sindacati che, malgrado l'imprudenza di una frase buttata là su un prossimo invito, in diret-

ta alla trasmissione Ballarò, dalla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** a **Pina Onofri** dello Smi, non si sono visti recapitare alcuna lettera. Solo la Federazione degli Ordini dei medici, per i camici bianchi, era tra i invitati e ha partecipato.

Tanto bastava perché, in un clima già tesissimo, l'Intersindacale confermasse l'appuntamento di Napoli del 20 febbraio e lo sciopero del 17-18 marzo. Tanto più che, in un periodo in cui le gaffe si sprecano, ai sindacati Lorenzin, intervenuta a un'altra trasmissione, aveva mandato a dire che «lo sciopero non mi interessa». Apriti cielo. Poco importa se il tutto poteva anche essere letto e interpretato in un contesto più generale in cui la ministra si dichiarava «non innamorata della legge» per poi precisare «mi interessa l'obiettivo, cioè che non ci siano sprechi, che i pazienti abbiano accesso alle cure, che si riducano le liste

d'attesa». Perché poi Lorenzin ha continuato, peggiorando i rapporti: «Mi interessa che non ci sia gente che fa gli "imbroglietti" per guadagnarci sopra». Apriti cielo.

Le frasi inappropriate sul decreto appropriatezza, come non ha mancato di sottolineare l'Anaa-Assomed, si sprecano.

E c'è stato spazio anche per l'ironia: «Cittadini e medici stiano sereni - ha chiosato sempre l'Anaa in un comunicato mentre il vertice di venerdì era in corso -; il ministero della Salute è impegnato nella lotta agli sprechi, che vale 30 miliardi che, aggiunti ai 14 derivati dalla fine della medicina difensiva, ci trasformeranno nella Arabia Saudita dei sistemi sanitari. E senza ulteriori oneri per la finanza pubblica».

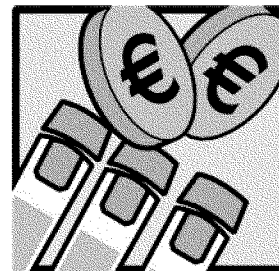
Nei giorni precedenti l'incontro al ministero, gli allarmi si erano susseguiti: pazienti che aggrediscono i medici, davanti

al diniego del Mmg di una vita di prescrivere quell'esame in più. Incertezza degli stessi professionisti sulle prescrizioni che rientrano nella lista nera contenuta nel Dm, problemi con i software che in moltissimi casi non sono aggiornati, mentre in vista c'era l'incognita dell'entrata in vigore, a marzo, della nuova ricetta elettronica che manderà in soffitta il ricettario rosa e in cui non è stato previsto alcun apposito spazio per le "note" limitative, come ricordano dalla Fimmg. E proprio la Federazione dei medici di famiglia è in pole position da mesi nel denunciare le proprie perplessità sul decreto. «Tutto il provvedimento è cervelletto e imperfetto - attaccava da settimane il segretario nazionale **Giacomo Milillo** - a cominciare dai criteri con i quali si è stabilita l'inappropriatezza di certe prescrizioni. Prendiamo una delle analisi più banali e ricorrenti, quella per il colesterolo Hdl, ossia quello cosiddetto

"buono": se è elevato, il che è un bene, potrete ripeterlo quante volte volete senza pagare; se è basso, il che è un male, solo dopo 5 anni, altrimenti bisogna pagarselo di tasca propria. Anche se si è esenti dai ticket, perché malati cronici o in situazioni disagiate».

Ce n'era abbastanza per convocare un tavolo. Sarà la volta buona?

Barbara Gobbi



I numeri del provvedimento

20 gennaio

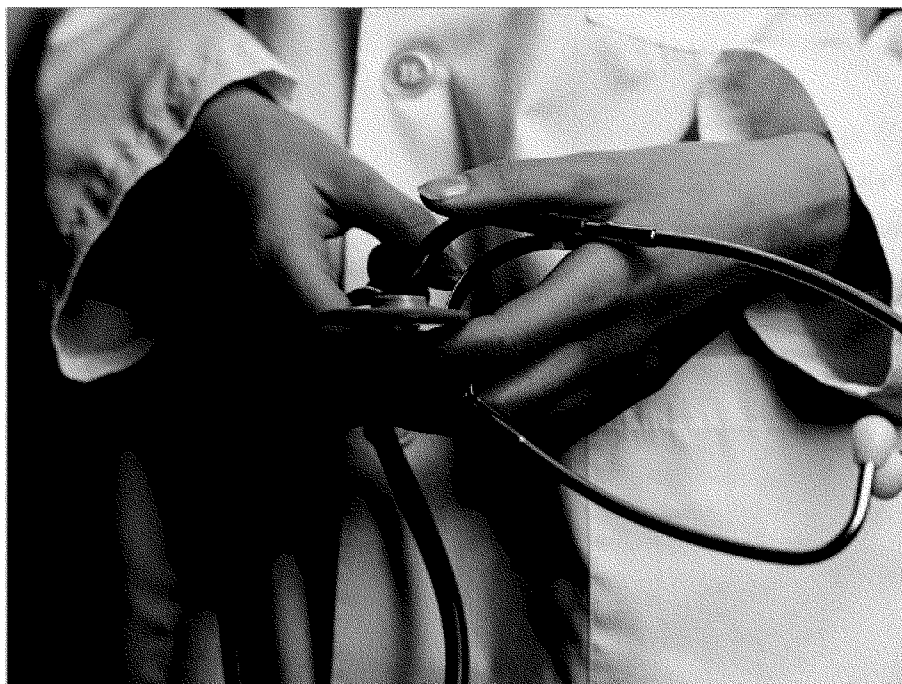
La data di pubblicazione del decreto ministeriale 9 dicembre 2015 a firma Lorenzin in Gazzetta Ufficiale

203

Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale prescrivibili in ambito Ssn dietro precise condizioni di erogabilità e indicazioni

6

Gli ambiti prescrittivi interessati dal decreto: Odontoiatria, Genetica, Radiologia diagnostica, Esami di laboratorio, Dermatologia allergologica, Medicina nucleare



Lunedì 15 FEBBRAIO 2016

Appropriatezza. E adesso cosa accadrà? Una proposta per il confronto con Governo e Regioni

L'appropriatezza è una questione complessa perché ha che fare con la clinica, l'economia, la società, l'etica. Nel momento in cui essa viene ridotta inopinatamente a proceduralismo come tende a fare non solo il decreto ma anche tutti i business men delle linee guida o tutti i "lineaguidari" in circolazione, essa entra inevitabilmente in contraddizione con l'autonomia del clinico

A giorni si avvierà il confronto tra Fnomceo, ministero della Salute e Regioni per negoziare l'applicazione del decreto sull'appropriatezza. Il tempo per articolare sul giornale un discorso approfondito, come abbiamo fatto altre volte, non c'è tuttavia è importante che sulla questione si metta a fuoco una linea politica. Vi propongo questo articolo, quale contributo, articolato in tre parti sulla cui corposità invoco il principio di indulgenza con l'unica attenuante a mio favore che la posta in gioco oggettivamente è alta e merita attenzione.

Il dovere di appropriatezza

A leggere il comunicato, l'incontro che è avvenuto tra la Fnomceo il ministero e le regioni sull'applicazione del decreto "appropriatezza", mi è sembrato positivo per due ragioni:

- riapre un confronto sulla questione "appropriatezza" la cui complessità era stata molto sottovalutata rimettendo al centro il problema dell'autonomia professionale e più in particolare la sua difficile e sofferta relazione con le risorse disponibili e con i bisogni dei cittadini,
- fissa un incontro sulle questioni che hanno indotto i medici a dichiarare uno sciopero di 48 ore cioè finalmente il confronto si sblocca aprendo due possibilità: o il conflitto si radicalizza perché non c'è accordo su niente o rientra perché si fissano le basi per una intesa programmatica orientata al futuro dal momento che soldi da spendere almeno per quest'anno non ce ne sono.

In entrambi i casi i medici dovranno scoprire le loro carte e affrontare il nodo dei nodi che è quello dell'autonomia professionale: l'appropriatezza è una prassi condizionata i cui caratteri sono funzione in più o in meno del grado di autonomia del clinico.

L'appropriatezza del decreto ha evidentemente un carattere eteronomo cioè mira a ridurre l'autonomia clinica del medico e per questo essa ha delicate ricadute sociali. La riduzione dell'autonomia clinica cambia il modo di curare le persone.

L'appropriatezza del decreto è:

- *economicistica* perché punta a ridurre i costi dell'attività prescrittiva,
- *behaviorista* perché punta a modificare i comportamenti prescrittivi,
- *normativa* perché ridefinisce di fatto uno status professionale riducendone l'autonomia,
- *penalizzante* per il malato perché di fatto riduce le tutele gratuite ma soprattutto perché il malato alla faccia della personalizzazione rischia di essere uno standard.

Questo tipo di appropriatezza ha tante aporie ma non è né ingiustificata, né gratuita né implausibile dal momento che si fonda su dei dati di spesa di fatto incontrovertibili e soprattutto su una

teoria proceduralista ampiamente corroborata dalla clinica, dall'ordinistica e dalle società scientifiche e da quel che mi risulta, leggendo i documenti, dallo stesso sindacato. Vorrei ricordare a chi ha la memoria corta che l'appropriatezza nella riforma Bindi del '99 è definita come un obbligo (art 15 decies) che vale a scala di sistema e che prevede in caso di infrazione delle conseguenze.

L'appropriatezza e l'evidenza sono i pilastri teorici su cui si è fondata la politica di razionalizzazione della spesa e su cui ancora ora poggia gran parte della teorizzata spending review. Ma anche l'intera teoresi della qualità (Siquas Vrq) oggi diventata slow medicine, e tutte le ultime scoperte dell'acqua calda di matrice americana vale a dire la *Choosing Wisely* o il *Value Based Pricing* (VBP).

Allora se l'appropriatezza è un obbligo essa rientra tra i doveri professionali e in quanto tale essa prima di ogni altra cosa è questione deontologica. Ma "come" definirla? Cioè qual è l'appropriatezza che vogliono i medici? Ma la domanda vera è un'altra, quella più importante e più difficile alla quale i medici almeno sino ad ora non hanno risposto: *quale autonomia rispetto ad un dovere?*

La domanda che pongo, a parte il merito tecnico, ha un senso squisitamente politico e si riferisce alla questione del "*cambiamento*" sulla quale come sapete a proposito di "*questione medica*" insisto da tempo e sulla quale con innegabile garbo dialettico **Maurizio Scassola** (vicepresidente Fnomceo) mi "*rassicura*" soprattutto quando ne ammette la necessità, quando dice che il cambiamento è in atto e soprattutto che in nessun caso si può pensare di tornare indietro. ([Qs 12 febbraio 2016](#))

L'occasione è buona anche per discutere con chi diversamente da Scassola nella stessa Fnomceo ritiene che in verità c'è poco da cambiare perché il medico è il medico, e tale dovrà restare per sempre, ragionamento che propongo di catalogare nel dizionario degli eponimi clinici come "*sindrome di Cacini*" (un insieme di sintomi che costituiscono le manifestazioni cliniche di un atteggiamento conservatore).

Ma perché il problema dell'appropriatezza pone un problema di cambiamento? Perché essi sino ad ora si sono conformati all'idea corrente di appropriatezza senza mai valutarne la complessità cioè senza mai valutare le implicazioni deontologiche attinenti alla loro autonomia professionale. Quindi si sono bevuti un'idea di appropriatezza credendola innocua e soprattutto supponendola comunque non in contraddizione con la loro autonomia. Oggi i medici scoprono che appropriatezza e autonomia possono confliggere.

L'appropriatezza è una questione complessa perché ha che fare con la clinica, l'economia, la società, l'etica ecc nel momento in cui essa viene ridotta inopinatamente a proceduralismo come tende a fare non solo il decreto ma anche tutti i business men delle linee guida o tutti i "*lineaguidari*" in circolazione, essa entra inevitabilmente in contraddizione con l'autonomia del clinico.

Questa contraddizione oggi viene fuori perché:

- il decreto tenta maldestramente di imporre ai medici il rispetto di un obbligo,
- i medici a tutt'oggi non sono riusciti a controproporre alla teoria proceduralista un'altra idea di appropriatezza,
- i medici non sono riusciti a definire una idea di appropriatezza in grado di conciliare autonomia con dovere.

Il prossimo negoziato apparentemente è sull'appropriatezza ma in realtà esso sarà sul grado di autonomia della professione. A questo appuntamento la Fnomceo si presenta praticamente a mani vuote. Come andrà a finire?

Appropriatness o propriety?

I primi tre punti dell'accordo scaturito dall'ultimo incontro sono chiari:

- l'appropriatezza resta un obiettivo da perseguire,
- si prevede un tavolo per la sua semplificazione e eventualmente ridefinizione,
- si prevede un coinvolgimento dei medici per la sua attuazione.

Cosa proporrà la Fnomceo per cambiare il decreto?

Secondo me medierà sulla sua applicazione nulla di più ma perché in un negoziato se non si dispone di

una controproposta inevitabilmente si lavora sulla proposta che c'è. Già questo per i medici sarà uno svantaggio perché il confronto si svolgerà su un terreno a loro sfavorevole.

Ma quale possibile contro proposta? L'unica possibile in grado di conciliare dovere e autonomia è quella che in questi anni ho cercato inutilmente di spiegare ai medici (credetemi sono davvero dispiaciuto di tanta sordità) ed è quella di "autore" cioè un medico ridefinito sulla base di un nuovo rapporto tra autonomia e responsabilità. Il dovere di appropriatezza nel medico autore rientrerebbe perfettamente sia nell'idea di responsabilità che in quella di autonomia. Detto in parole povere: *la soluzione ai problemi di autonomia professionale posti dal decreto si trova non sul terreno di "cosa fare" ma su quello di "chi fa" assumendo il "chi fa" come una garanzia di risultato*. Quindi la domanda giusta non dovrebbe essere *"quale appropriatezza"* ma *"quale medico"*?

Continuo a credere quindi a insistere su due postulati che i medici si ostinano a non capire:

- l'atto è definibile prima di tutto a partire dall'agente,
- il modo di fare segue il modo di essere.

Tutti noi sappiamo che quello che fanno i medici dipende da come sono i medici. E allora cambiamo il medico per cambiare le prassi. Non regge l'idea di cambiare la prassi a medico invariante. Se la prassi cambia per volere del decreto, allora state tranquilli che cambia anche il medico ma secondo le logiche del decreto.

Il decreto si stoppa non mediando sulle procedure come farà probabilmente la Fnomceo ma cambiando il medico, cioè proponendo un altro genere di agente. Ripeto spostando il tiro dal "cosa fare" al "chi fa". Se si resta sul terreno del "cosa fare" i medici perderanno l'ennesima battaglia, nel senso che:

- la logica proceduralista vincerà,
- essi dovranno comunque accettare una autonomia limitata,
- e con la scusa del coinvolgimento saranno non solo burocratizzati ma amministrati.

Se al contrario si propone il terreno di "chi fa" cambia tutto. Il ragionamento base è più o meno il seguente:

- l'istituzione lamenta un problema di inappropriatezza che ha quantificato in termine di costo,
- chiama la Fnomceo e le dice "cerchiamo di convenire sulla quantificazione del costo dopo di che mettiamoci d'accordo sul come riassorbirlo".

Due le soluzioni possibili:

- o io ti do delle regole che tu devi seguire,
- o tu decidi quale genere di medico mi risolve il problema.

A me istituzione interessa che il costo dell'inappropriatezza sia riassorbito.

Quindi l'alternativa non è per niente banale:

- o *"appropriatness"* cioè procedure amministrate,
- o *propriety* cioè un altro medico.

Vi prego di rileggervi l'articolo scritto a questo proposito ([Qs 10 maggio 2015](#)) e di riflettere sulle differenze "deontologiche" che esistono tra i due concetti:

- in un caso l'autonomia è comunque amministrata,
- nell'altro l'autonomia è addirittura accresciuta perché i suoi esiti sono misurati con degli indicatori ad hoc.

Fatemi fare un inciso: vi suggerisco di leggersi i lavori della *"Fondazione allineare sanità e salute"* e in particolare quelli sugli indicatori di appropriatezza di **Alberto Donzelli** scoprirete così due cose semplici:

- le capacità cioè i risultati di un autore si possono misurare e quindi retribuire,
- invereare l'idea di autore è più facile di quello che si pensa.. basta volerlo.

Oggi la Fnomceo siederà al tavolo con l'istituzione ma a parte la debolezza della sua linea politica essa si presenterà compromessa nella logica dell'appropriatezza fino al collo. Basta consultare il suo codice deontologico. Rileggervi quanto da me scritto all'epoca sul codice e la lettera aperta indirizzata pubblicamente a **Amedeo Bianco** alla quale non ho mai avuto una risposta ([Qs 26 maggio 2014](#); [29 maggio 2014](#); [31 maggio 2014](#); [3 giugno 2014](#)). E poi ditemi se non eravate state avvertiti per tempo.

In particolare riferendomi agli articoli 6,13, del codice sostenevo a proposito di *“prescrizione”* che riferirsi acriticamente al concetto di appropriatezza per di più legandolo a quello di *“uso ottimale delle risorse”* era pericoloso e testualmente scrivevo: *“la deontologia del codice, nonostante le petizioni di principio circa l'autonomia professionale risulta purtroppo inquinata dall'economicismo e in qualche caso ad esso subordinata”*. Non avete voluto darmi retta ed ora se vi si critica fate i permalosi.

Oggi i nodi vengono al pettine e l'istituzione che ovviamente non sa neanche che voi medici avete un codice deontologico è come se vi avesse preso in parola. Temo amici miei che calerete le brache e anche in questo caso vi accontenterete della “mollichella”. Mi spiegate che cosa vuol dire *“uso ottimale delle risorse”* dal momento che si tratta di un principio cardine non della clinica ma della Consip, della spending review, delle politiche di razionalizzazione, dei piani di rientro e delle politiche di definanziamento?

Medico neo-ippocratico o medico amministrato?

Sempre rivolgendomi alla Fnomceo vorrei mettere come si suol dire la mano nella buca della vipera e affrontare quella che per me è alla base della “questione medica” e che è la natura della professione. Riassumiamo i problemi e le tendenze che abbiamo sul tappeto, oggi:

- il medico per proteggersi dal conflitto che si è aperto da anni tra medicina e società definito “contenzioso legale” sta brigando per indossare un bel paio di mutande di bandone quindi per proteggersi dalle conseguenze dei suoi errori (eventi avversi) accettando di attenersi a dei criteri di appropriatezza definiti attraverso delle linee guida,
- la politica sanitaria sta mettendo in campo una importante lotta agli sprechi a partire dal fatto che il medico è spesso nelle sue prescrizioni poco avveduto dal punto di vista finanziario e per questa ragione vuole amministrarne gli atti, le scelte i giudizi,
- le logiche dei costi standard, dei prezzi di riferimento, degli acquisti centralizzati, per risparmiare stanno togliendo al medico il controllo sui mezzi che impiega e sugli scopi terapeutici da raggiungere,
- le politiche di demansionamento sempre per risparmiare stanno tentando di trasferire alcuni suoi compiti ad altre figure più convenienti e in ogni caso stanno decapitalizzando il valore del suo lavoro
- la precarizzazione del mercato del lavoro medico-sanitario ormai sta creando fasce di medici proletari che dire sottopagati è un eufemismo al limite dell'ipocrisia.
- Ecc.

In sintesi cara Fnomceo la mia impressione è che il “medico ippocratico” stia per essere sostituito grazie ad un concorso di fattori da un “medico amministrato”.

Chiariamo bene le definizioni:

- per *“medicina ippocratica”* intendo una medicina che si basa sull'autonomia intellettuale etica e scientifica del medico (come da giuramento),
- per *“medicina amministrata”* intendo una medicina ispirata guidata e condizionata con degli atti legislativi o amministrativi o procedurali tesi a ridimensionare l'autonomia clinica,
- per *medicina neo ippocratica* intendo una medicina che conferma il valore della autonomia ma ripensando il paradigma professionale.

Le ragioni di fondo della medicina amministrata sono per lo più di tipo economicistico nel senso che le politiche sanitarie in essere tendono a vedere:

- l'autonomia di giudizio del medico come un costo da ridurre,
- come causa di diseconomie,
- come fonte di opportunismi professionali (medicina difensiva).

Essa quindi tende a revocare al medico la libertà di interpretare e leggere cosa sia necessario per la

cura delle malattie e quindi la libertà di disporre cioè decidere tutto quanto sia necessario sul piano strumentale per il conseguimento dei suoi scopi diagnostici e terapeutici.

Le conseguenze della *medicina amministrata* sono diverse:

- trasforma la funzione della procedura che da semplice suggerimento e supporto alla scelta clinica diventa vincolante,
- sanziona i comportamenti professionali non giustificati dalla procedura per cui la professione medica diventa sempre più esecutiva,
- riduce la complessità del malato a standard convenzionali azzerando le diversità individuali.

La *medicina amministrata* inverte il presupposto di base della medicina ippocratica: non è più lo scopo terapeutico a giustificare i mezzi necessari per il suo raggiungimento, sono i mezzi disponibili a decidere effettivamente gli scopi perseguibili.

Il medico in questo modo perdendo il controllo dei mezzi che impiega di fatto perde il controllo sugli scopi della cura diventando di fatto una professione tecnica-esecutiva. Il medico amministrato non è più una professione intellettuale. Il medico amministrato non è la stessa cosa del medico burocratizzato. Il medico ippocratico e neo ippocratico restano professioni intellettuali.

Alla medicina amministrata si oppone la “*medicina della scelta*” definita quale indirizzo neo ippocratico molto prima di questa effimera moda del [“Choosing Wisely”](#) esattamente 16 anni fa da un libro (*La medicina della scelta*, Torino 2000).

Al “*medico amministrato*” per la medicina della scelta si oppone “*l’auto-re*”, cioè un medico auto-nomo e re-sponsabile le cui prassi sono valutate sulla base dei risultati conseguiti.

Due le modalità:

- con la *medicina amministrata* il giudizio clinico è trasferito in varie forme e in vari modi dal medico a delle istituzioni scientifiche che definiscono in modo statistico cosa egli deve fare davanti a casi standard, con la conseguenza di ridurre la sua libertà di scelta al minimo riducendolo quindi ad una “trivial machine”,
- con la medicina neo-ippocratica la titolarità del giudizio resta al medico che viene ripensato a partire dalla sua formazione con l’obiettivo di farne un agente che garantisca atti pertinenti a 360 gradi.

Le grandi differenze:

- mentre la “*medicina amministrata*” ma anche per certi versi la *Choosing Wisely* e la *slow medicine* si basano comunque su una idea di medico a paradigma invariante ma i cui comportamenti sono razionalizzati o guidati dal proceduralismo più o meno ragionevole dell’appropriatezza,
- la “*medicina della scelta*” si basa sul concetto di *propriety* cioè sull’idea del medico adeguato alla complessità che deve affrontare.

Cara Fnomceo apprezzo molto il cambiamento che stai tentando di avviare, so che non è facile e so che ci vuole tempo ma so anche che sei una macchina lenta, burocratica e dominata da un pensiero debole. Quanto al negoziato sull’appropriatezza è inutile negarlo oggi non sei preparata a reggere il confronto che ti aspetta. Per cui temo che le buscherai anche questa volta. In culo alla balena per l’incontro.

Ivan Cavicchi

L'AUDIZIONE DELLA MINISTRA LORENZIN IN PARLAMENTO

E nel futuro il Patto salute si farà al Senato

La riforma istituzionale manda in soffitta il sistema delle Conferenze

IN RETE



L'audizione
alla bicamerale
Affari regionali

www.24oresanita.com

Vade retro sistema delle Intese, onnipresenza regionale, titolo V che tutto allunga, tutto differisce, tutto ritarda, tutto complica. **Beatrice Lorenzin** benedice a pieno titolo la riforma del Senato targata Renzi-Boschi. Ne riconosce potenzialità e capacità di fare unità della salute in tutta Italia. Tagliando alla radice il meccanismo odierno delle Intese che di fatto, a causa dell'impianto legislativo attuale, ha rappresentato un vulnus per l'unità sanitaria.

Basta perdite di tempo in Conferenza Stato-Regioni. Tanto che, nell'audizione di mercoledì nella bicamerale sulle questioni regionali, afferma di ritenere che «la riforma costituzionale, attualmente all'esame del Parlamento, potrà determinare un minor ricorso al sistema delle conferenze, quanto meno nella fase della produzione normativa». Ma non solo. Col nuovo Senato «pienamente legittimato» a rappresentare le istituzioni locali, si potrà determinare «una forte attenuazione del ricorso al sistema delle conferenze, quanto meno nella fase della produzione normativa». Perché «regioni ed enti locali, mediante i propri rappresentanti al Senato, potranno, infatti,

partecipare "a monte" al procedimento legislativo e ciò dovrebbe ridurre la necessità di un loro coinvolgimento "a valle" dello stesso».

Sarebbe così «verosimile, oltre che auspicabile, che la legislazione ordinaria riduca al minimo gli eventuali rinvii a successive intese o accordi per l'attuazione normativa delle disposizioni di rango primario e secondario». Risultato: «Le Conferenze potrebbero, invece, conservare il ruolo di concertazione a livello tecnico-amministrativo, ai fini dell'attuazione delle disposizioni definite a livello primario».

Patto e piani di rientro al nuovo Senato. Ma attenzione al passaggio successivo. Poiché, rammenta la ministra, al nuovo Senato è attribuito un ruolo di raccordo tra Stato e territori, «è da ritenere che non sarà più necessario ricorrere, per l'assunzione delle "macrodecisioni" al sistema delle Conferenze. Que-

ste ultime potranno, invece, conservare un ruolo di attuazione tecnico-amministrativa delle deliberazioni del Senato». Tecnico-amministrative, si badi bene, mai più politiche. E in particolare al Senato «spetterà deliberare sui Patti per la salute, ma anche sui piani di rientro. Altroché ancora Conferenza Stato-Regioni. Il cerchio si chiude. Più Stato, meno Regioni. Più potere al partito che ha vinto. Sperando che sia quello buono. O meno cattivo. (r.tu.)

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 17 FEBBRAIO 2016

Appropriatezza. Che pasticcio! E ora si cerca di mettere una pezza

Ministero e Regioni e, se non altro per “distrazione”, anche i sindacati medici. Tutti, con diversi ruoli e responsabilità, sono in qualche modo colpevoli di non avere valutato per tempo l’inapplicabilità delle norme sulle cosiddette prescrizioni inappropriate. E adesso raccogliamo i cocci di tanta superficialità

Il quadro che emerge da tale vicenda, ancora inconclusa, è dunque quello di un paese la cui classe dirigente è inadeguata anche ad affrontare questioni di impatto economico risibile, atteso che i risparmi preventivati dal decreto saranno di poco superiori ai 100 milioni. Figuriamoci cosa sarebbe accaduto se la posta in gioco fosse stata degna di attenzione.

Talvolta succede che un atto perda la banalità di semplice evento tra i tanti per salire di rango e divenire la rappresentazione plastica della realtà nella sua interezza. Il decreto sulla appropriatezza appartiene a questo genere di fenomeni attraverso i quali un intero spaccato della società e della sua classe dirigente diventa trasparente e si mostra per quello che è.

La cifra della lunga gestazione del decreto è la sciatteria fuori misura che ha connotato il complesso degli attori a vario titolo coinvolti della vicenda. E in questa caduta rovinosa verso in basso nessuno si è salvato anzi ha dato il peggio di sé. Vediamo nel dettaglio

Il Ministero della Salute

Il primo responsabile ovviamente è il Ministero della Salute formalmente proponente. La burocrazia ministeriale incaricata della stesura del provvedimento non ha minimamente previsto i numerosi effetti perversi che il testo avrebbe generato. Primo fra tutti un ulteriore aumento del carico burocratico nella compilazione delle ricette causa l'introduzione di nuovi codici e di complicate clausole di prescrivibilità.

Le conseguenze assolutamente evidenti: contrazione del tempo da dedicare ai problemi clinici del paziente e peggioramento del rapporto con gli utenti. Una scelta di “complicazione” del processo in aperta contraddizione con l'avvio della dematerializzazione delle prescrizioni in atto nel paese. Secondo punto I sistemi informatici delle regioni non erano stati ri-programmati prima della entrata in vigore del decreto medesimo con un altrettanto scontato *vacuum* legislativo dai profili incerti essendo il decreto immediatamente esecutivo.

Faccio a tale riguardo un esempio concreto: il numero di IgE specifiche prescrivibili in singola ricetta sono state portate da 8 a 12 eppure queste non possono essere prescritte in tale numero perché il sistema è rimasto immutato a 8 e quindi il cittadino dovrà continuare a pagare per avere quelle prestazioni due tickets come se il decreto non esistesse. E' giusto che questo avvenga? Non credo.

Sarebbe stato così complicato dilazionare l'entrata in vigore del decreto per il tempo necessario ad adeguare i sistemi informatici regionali? Assolutamente no risponderebbe qualsiasi essere senziente. Altrettanto facile era prevedere che con lo “spezzatino” delle prescrizioni a causa dei nuovi codici, il MMG avrebbe dovuto incrementare il numero di ricette per prescrivere lo stesso quantitativo di prestazioni quo ante e che quindi il costo complessivo sarebbe aumentato sensibilmente a causa dei tickets e dei supertickets che gravano su ogni singola ricetta rosa. Emblematico il caso del colesterolo: il suo dosaggio in regime privato costa 3 euro con il nuovo decreto invece un soggetto che vuole

effettuare tale accertamento su ricetta rosa spenderebbe nel Lazio 17 euro di cui 3 euro per la determinazione analitica e 14 per ticket e super ticket attualmente in vigore.

Chi è quel pazzo che di fronte a tale alternativa opterebbe per il regime pubblico? Sembra di sentire uno dei dirigenti milanesi arrestati quando spiegava che l'importante era elevare il ticket a un euro di più del prezzo praticato dal privato per raggiungere l'obiettivo di depauperare il servizio pubblico. Complimenti! Ma se si voleva questo si poteva forse trovare un modo più elegante e diretto. Onore al presidente Amato che la privatizzazione della sanità la propose mettendoci la faccia!

Le Regioni

Totalmente corresponsabili di quanto sopra le regioni e i componenti della commissione Salute. Anzi nel loro caso c'è un ulteriore aggravante: il Ministero poteva anche non sapere che il decreto sarebbe stato tecnicamente inapplicabile ma questa consapevolezza doveva essere patrimonio delle Regioni a meno che si prenda per buono che le stesse non siano tenute a conoscere le caratteristiche tecniche dei loro sistemi informatici di ricettazione.

Scoppiato lo scandalo ovviamente le Regioni hanno cercato di sfilarsi con il solito atteggiamento di colui che non c'era, preannunciando che nei loro territori il decreto non sarebbe stato applicato prima delle necessarie verifiche.

Una vergogna che getta ulteriore discredito sugli enti regionali, se mai ce ne fosse ulteriore bisogno anche alla luce di quanto in queste ore si sta scoprendo nella civilissima Lombardia che vanta, come ripete il suo Presidente della regione Maroni il servizio sanitario più bello del mondo!

I sindacati medici

Altrettanto inadeguati i sindacati medici. Per lunghissimo tempo, l'unica loro preoccupazione è stata quella di impedire che venissero introdotte le penalizzazioni a carico dei medici.

Incredibilmente all'atto dell'approvazione della prima stesura del decreto parlando con alcuni sindacalisti di livello nazionale ho ricevuto la stupefacente ammissione che nessuno aveva analizzato i contenuti del decreto perché politicamente irrilevanti.

Nessuno dunque si era premurato di leggere il testo e i suoi allegati e questo nonostante le numerose assurdità in esso contenute. Tra queste, una tra le tante, la pagliacciata di subordinare la prescrivibilità di tutti gli esami genetici al visto del genetista anche laddove si trattava di accertamenti reumatologici di competenza di tutt'altro specialista.

E questo non considerando per nulla il dato che nelle ASL di genetisti non se ne trovano e che i pochi presenti avrebbero dovuto, per svolgere il ruolo di censori, rinunciare alla loro attività ben più importante di consulenza genetica. Alla faccia della ottimizzazione delle risorse umane!

Di tutto questo ovviamente i sindacati non avevano colpa, essendo la responsabilità in capo alla commissione di esperti che aveva redatto il decreto; i sindacati, tuttavia, avrebbero dovuto entrare nel merito del provvedimento, chiedendo immediatamente il ritiro della bozza e la rimozione immediata degli autori delle assurdità in esso contenute. Nulla di questo è avvenuto, se non a cose fatte, e la strada prescelta è stata quella aventiniana dell'indignazione che non produce nulla. Come fanno ora i sindacati a lamentarsi di non essere stati convocati dal Ministro se il decreto nemmeno lo avevano letto nel dettaglio?

Le forze politiche

Del tutto assente anche all'interno dei partiti un dibattito che entrasse nel merito del provvedimento e che ne analizzasse le possibili conseguenze sui medici e sui pazienti. Nei partiti di maggioranza si è scelta la strada di fare quadrato a difesa del Ministro Lorenzin, e nei partiti di opposizione di sparare contro il decreto a prescindere da un'analisi dei contenuti.

Fatti anche questi scontati, perché la totale mancanza al loro interno di organismi di reale espressione dei territori e degli operatori insieme al potere assoluto di cui dispongono oggi i loro

leaders, rende i partiti istituzioni vuote di contenuti o luoghi di semplice ratifica delle decisioni prese nello stretto raggio delle prime linee.

Il quadro che emerge da tale vicenda , ancora inconclusa, è dunque quello di un paese la cui classe dirigente è inadeguata anche ad affrontare questioni di impatto economico risibile, atteso che i risparmi preventivati dal decreto saranno di poco superiori ai 100 milioni. Figuriamoci cosa sarebbe accaduto se la posta in gioco fosse stata degna di attenzione. Perché allora si è scelta la strada del conflitto?

Sorge quasi il sospetto che tanto clamore sia stato generato ad arte per deviare l'attenzione dai veri problemi in cui versa il nostro SSN. Problemi che interessano l'intero paese a partire dalle due Capitali di cui esso dispone: quella cosiddetta politica e quella cosiddetta morale: Roma e Milano così lontane e così vicine.

Roberto Polillo

Lunedì 15 FEBBRAIO 2016

Le cure palliative e la “terapia della dignità”. Uno studio su pazienti terminali non oncologici

In Canada è stato coniato un vero e proprio modello empirico per la valutazione del grado di percezione della dignità nei malati che affrontano il fine-vita e sulla base di questo modello è stato sviluppato il Patient Dignity Inventory (PDI), uno strumento di screening delle fonti di disagio che è stato adottato nei modelli di cure palliative in tutto il mondo

“Essere mortale ha a che fare con la lotta per far fronte ai vincoli della nostra biologia, con i limiti stabiliti dai geni, dalle cellule, dalla carne e dalle ossa. La scienza medica ci ha messo a disposizione un grande potere per contrastare questi limiti e il valore potenziale di questo potere è una delle ragioni principali per le quali sono diventato un medico. Ma più e più volte ho assistito al danno che procuriamo in medicina quando non riusciamo a riconoscere che tale potere è di natura finita e lo sarà sempre. Eravamo nel torto rispetto al ciò che costituisce il nostro lavoro in medicina. Pensiamo che il nostro compito sia di garantire la salute e la sopravvivenza. Ma in realtà è più ampio. È consentire il benessere. E il benessere riguarda le ragioni per cui una persona desidera di essere viva. Tali motivi non hanno importanza solo alla fine della vita, o quando arriva la debilitazione, ma lungo tutto il percorso. Ogni volta che una malattia grave o una lesione colpiscono e il corpo o la mente si abbattano, le questioni vitali sono le stesse: Qual è la tua comprensione della situazione e dei suoi potenziali risultati? Quali sono le tue paure e quali sono le tue speranze? Quali sono i compromessi che si è disposti o non disposti a fare? E qual è la linea di condotta che meglio facilita questa comprensione?”¹

La fine della vita è un passaggio cruciale e allo stesso tempo è una sfida per i sistemi sanitari, uno stimolo a confrontarsi con le ragioni profonde della medicina e con i suoi limiti.

Il senso di dignità del paziente, la sua capacità di sentirsi *dignus*, meritevole di stima e considerazione, è minata alle fondamenta dalla vulnerabilità e dalla dipendenza imposte dalla malattia.

Il rapporto che si sviluppa con gli operatori sanitari nel fine-vita influenza in maniera significativa la percezione di sé del paziente, forgiandone l'esperienza in senso positivo o negativo, determinando in maniera drastica la qualità dell'assistenza sanitaria ricevuta.

Negli ultimi decenni sono stati compiuti progressi significativi dal punto di vista dell'attenzione dedicata alla salvaguardia di una delle dimensioni più importanti dell'essere umano ed è stato sviluppato un nuovo approccio terapeutico, la “terapia della dignità”, il cui obiettivo è il miglioramento dell'esperienza del fine-vita, aiutando il paziente (e i suoi familiari) a preservare l'identità personale e affermare i propri valori in questa fase.

L'autore di questo metodo, lo psichiatra canadese Harvey **Max Chochinov**, Direttore della Manitoba Palliative Care Research Unit, ha recentemente siglato assieme al suo team di ricerca un lavoro intitolato “*Dignity and Distress towards the End of Life across Four Non-Cancer Populations*”², pubblicato sulla rivista scientifica internazionale PLOS One.

Lo scopo dello studio era l'identificazione di quattro popolazioni di pazienti terminali, affetti da

patologie non oncologiche, che potrebbero beneficiare di cure palliative, descrivendo e confrontando la prevalenza e le manifestazioni del disagio legato alla sfera della dignità personale.

Tra febbraio 2009 e dicembre 2012, sono stati reclutati ai fini dello studio 404 partecipanti, circa 100 per quattro diverse patologie tra cui la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), la malattia polmonare ostruttiva cronica (BPCO), la malattia renale allo stadio terminale (ESRD) e la fragilità degli anziani.

I pazienti affetti da questo tipo di condizioni tendono, rispetto a quelli affetti da patologie oncologiche, a ricevere meno cure palliative, nonostante la sofferenza fisica, psicologica ed esistenziale.

Chochinov ha coniato un vero e proprio modello empirico per la valutazione del grado di percezione della dignità nei malati che affrontano il fine-vita e sulla base di questo modello è stato sviluppato il Patient Dignity Inventory (PDI), uno strumento di screening delle fonti di disagio che è stato adottato nei modelli di cure palliative in tutto il mondo.

Gli autori hanno concluso che la perdita complessiva di dignità non differiva significativamente tra le popolazioni oggetto dello studio e si è mantenuta su livelli paragonabili a quelli riscontrati nei pazienti oncologici. A risultare estremamente eterogenei sono stati invece i patterns associati al disagio connesso alla percezione della dignità. Il numero medio di elementi segnalati come problematici attraverso il PDI variavano in maniera significativa, dai 6.2 dei pazienti affetti da SLA, ai 5,6 nella BPCO, dai 3 degli anziani fragili ai 2,3 dell'ESRD.

"I pazienti affetti da SLA" riportano Chochinov e colleghi "hanno segnalato un maggior disagio correlato alla dignità come ad esempio il non essere in grado di svolgere dei ruoli, delle attività o delle routine quotidiane importanti; sentirsi come un peso per gli altri, avvertire una perdita di controllo e non sentirsi più utili e preziosi".

Le conclusioni dello studio ci ricordano che esistono dunque una diversità e dei modelli unici di disagio fisico, psicologico ed esistenziale in ciascuno dei gruppi di pazienti considerati.

Una percentuale di partecipanti variabile tra il 35 e il 58%, a seconda del gruppo di appartenenza, sono deceduti durante lo svolgimento dello studio, lungo un arco di tempo di diversi mesi.

Si tratta di una osservazione che riconferma la necessità di integrare precocemente le cure palliative, sviluppare sempre più il modello di simultaneous care, approfondendo la conoscenza della realtà, delle aspettative, dei traumi e delle paure di ogni singolo paziente.

Una sfida che risponde allo scopo ultimo della medicina la cui missione, come recita l'antico adagio francese, è di *"guarire talvolta, spesso dar sollievo, sempre consolare"*³.

Mario Melazzini

Presidente Aifa

Luca Pani

Direttore generale Aifa

Fonte: Editoriale del 15 febbraio 2016 sul sito web dell'Aifa

1. Traduzione da [Being Mortal: Medicine and What Matters in the End](#), di Atul Gawande, 2014.

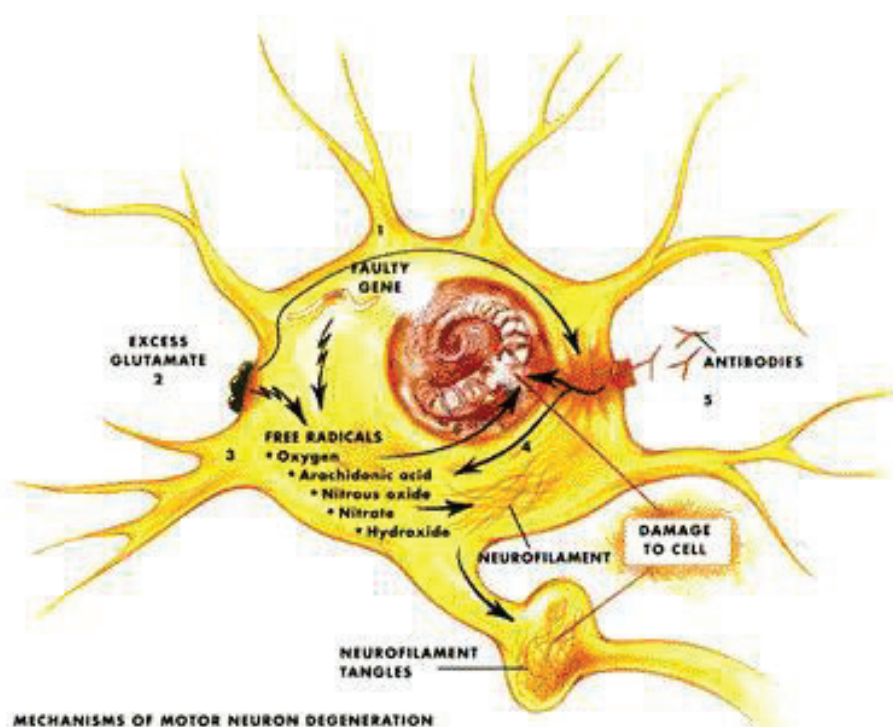
2. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0147607>

3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12534104>



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Lo studio

**Alzheimer
in un “punto blu”
del cervello
i primi segni**

► Il morbo di Alzheimer ha inizio in un “punto blu” nel cervello anni e anni prima della comparsa dei sintomi della malattia, il cosiddetto «locus coeruleus». Localizzato alla base del cervello è chiamato anche punto blu per la sua colorazione azzurrina ed ha un ruolo essenziale per proteggere le funzioni cognitive in età avanzata. Lo rivela uno studio condotto all'università della California del Sud e pubblicato sulla rivista “Trends in Cognitive science” da cui emerge anche che il “punto blu” potrebbe essere importante per mantenere la cosiddetta «riserva cognitiva» - un bagaglio extra di risorse cognitive che può derivare da un alto livello di istruzione, e dallo svolgere attività intellettualmente molto impegnative. In questo piccolo nucleo, spiega la gerontologa Mara Mather che ha firmato il lavoro, ha inizio la malattia di Alzheimer ben prima dell'esordio dei sintomi, in quanto è in questa sede che comincia ad accumularsi la proteina tossica «tau», una delle due proteine implicate nella malattia. E non è tutto, passando in rassegna la letteratura scientifica, spiega Mather, è emerso un importante ruolo protettivo svolto dal locus coeruleus: il «punto blu» è importante in quanto centro di produzione della noradrenalina, un neurotrasmettitore con molte funzioni, tra cui anche quella di proteggere i neuroni da un eccessivo stato infiammatorio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lunedì 08 FEBBRAIO 2016

Scoperto il marchio di fabbrica del cancro. Presto un test 'universale' del sangue per svelare la presenza di un tumore in fase molto precoce

I ricercatori del National Human Genome Research Institute statunitense hanno individuato una regione di ipermetilazione intorno al gene ZNF154, specifica dei tumori. A partire da questa scoperta gli scienziati sperano di riuscire a mettere a punto un test che, attraverso un esame del sangue, consenta di svelare la presenza di un tumore in fase molto precoce, quando sono maggiori le chance di successo dei trattamenti.

I ricercatori dei *National Institutes of Health* americani hanno scoperto una sorta di 'marchio di fabbrica' nel DNA tumorale, presente in almeno cinque tipi diversi di tumore. Il 'segno' patognomiconico del tumore è una 'metilazione', una modificazione chimica alla quale può andare soggetto il DNA, che modula l'espressione dei geni, un po' come avviene con i regolatori d'intensità (i cosiddetti '*dimmer*') degli interruttori. Più il DNA è metilato (zone di ipermetilazione), come si verifica in alcune zone di DNA tumorale, più si riduce l'attività di un gene.

Partendo da questa scoperta, i ricercatori americani sperano di mettere a punto un esame del sangue in grado di rivelare la presenza di una serie di tumori in fase precoce di sviluppo, quando cioè le terapie hanno più *chance* di successo.

“Trovare un particolare 'marchio' tumorale basato sulla metilazione è un po' come cercare un abete in una foresta di pini – afferma **Laura Elnitski**, biologa computazionale dell'*Intramural Research Program* presso il *National Human Genome Research Institute* (NHGRI) dei NIH – è una vera sfida tecnica individuarlo, ma noi siamo riusciti a rintracciare un 'marchio' caratterizzato da un'elevata metilazione intorno al gene ZNF154, presente solo nei tumori.”

Nel 2013 il gruppo di ricerca della Elnitski aveva scoperto un 'marchio' di metilazione intorno al gene ZNF154 in 15 tipi di tumori solidi, presenti in 13 organi diversi, che era stato visto come un possibile biomarcatore tumorale universale.

In questo nuovo studio, pubblicato su [Journal of Molecular Diagnostics](#), lo stesso gruppo di ricerca ha compiuto una serie di passi che lo ha portato a scoprire dei marchi di metilazione 'rivelatori' a livello dei tumori di colon, polmone, mammella, stomaco ed endometrio. In particolare hanno scoperto che tutti i tipi e i sottotipi di tumore producono costantemente lo stesso marchio di metilazione intorno al gene ZNF154.

“Trovare questa firma di metilazione è stata un'impresa incredibilmente ardua e importante – sostiene il direttore scientifico del NHGRI **Dan Kastne** – Questa scoperta potrebbe rappresentare un passo importante verso lo sviluppo di un test che consenta di individuare la presenza di un tumore in fase precoce, attraverso un esame del sangue.”

Questi i passaggi che hanno permesso di arrivare alla scoperta. L'*Intramural Sequencing Center* degli

NIH ha sequenziato il DNA tumorale che è stato amplificato attraverso la PCR (*polymerase chain reaction*). Il gruppo della Elnitski ha quindi analizzato i risultati, riscontrando elevati livelli di metilazione intorno al gene ZNF154 nei vari tipi di tumore analizzati.

Per verificare l'esistenza di un legame tra l'aumentata metilazione e il cancro, i ricercatori hanno sviluppato un programma computerizzato in grado di trovare i marchi di metilazione nel DNA di persone affette da un tumore o no. E il computer è stato infallibile nel rintracciare l'ago nel pagliaio del DNA ipermetilato e quindi nell'individuare i portatori di tumore. Dato che i tumori molto spesso rilasciano il loro DNA in circolo, gli scienziati hanno calcolato la percentuale di DNA tumorale circolante che potrebbe essere riscontrato nel sangue.

I prossimi passi consisteranno nello screenare campioni di sangue prelevati a pazienti con tumori della vescica, colon, mammella, pancreas e prostata per determinare l'accuratezza della loro individuazione, in presenza di bassi livelli di DNA circolante. Il DNA tumorale in un soggetto portatore di tumore normalmente costituisce l'1 -10% di tutto il DNA in circolo. I ricercatori americani hanno evidenziato che quando il livello del DNA circolante è il 10% del totale, l'individuazione del 'marchio' di metilazione è molto buona e dunque dovrebbe essere adeguata per individuare non solo i tumori in fase avanzata, ma anche quelli in stadio intermedio e in stadio precoce, a seconda del tipo.

E' prevista anche una collaborazione con **Christina Annunziata** del *Women's Malignancies Branch* e direttore della Sezione di Genomica Traslazionale degli NIH, per testare campioni di sangue prelevati a donne con tumori dell'ovaio, allo scopo di validare il processo per tutta la durata del trattamento e di determinare se questo tipo di analisi porti ad una più accurata scoperta delle recidive e ad un miglioramento della prognosi.

"Il cancro dell'ovaio – spiega la Annunziata - è un tumore difficile da scoprire nelle fasi iniziali e non esistono metodi di provata utilità per la diagnosi precoce . Abbiamo dunque bisogno di un biomarcatore affidabile per diagnosticare la malattia, possibilmente nelle fasi iniziali quando ci sono maggiori possibilità di guarigione. Per questo non vediamo l'ora di testare questo nuovo approccio basato sulle 'firme' di metilazione del DNA, proposto dalla Elnitski".

Gli oncomarcatori attualmente a disposizione sono specifici per un determinato tipo tumorale; ciò significa che per la diagnosi i medici devono prima trovare il tumore, effettuare una biopsia e determinare la sua sequenza genomica. Potenzialmente, con questa nuova metodica non sarà necessario sapere prima se c'è un tumore e dove; questa esame è anche decisamente meno invasivo o fastidioso di altri metodi di *screening*, quali coloscopie e mammografie e potrebbe essere utilizzato per seguire soggetti ad elevato rischio di tumore o per monitorare l'attività di un tumore in trattamento.

Una volta messo a punto un test utilizzabile in laboratorio, sarà necessario valutarne la sensibilità e la specificità. Non è ancora chiaro inoltre il rapporto tra tumori e ipermetilazione del DNA. Potrebbe trattarsi di un processo di 'deraggiamento' dei normali processi cellulari o potrebbe avere qualcosa a che fare con il fatto che il tumore consuma moltissima energia ed elude i processi che tengono sotto controllo la proliferazione. Per finire non è noto neppure a cosa serva il gene ZNF154.

Ma, nonostante tutti questi buchi di conoscenza, "abbiamo gettato le basi per sviluppare un test diagnostico – afferma la Elnitski – che si spera possa individuare i tumori in fase precoce e migliorare il tasso di sopravvivenza delle persone affette da vari tipi di tumore".

Maria Rita Montebelli

«Dalla saliva la diagnosi del tumore in 10 minuti»

L'annuncio all'Associazione Usa per l'avanzamento delle scienze: test accurato al 100%

ROMA Disporre di test semplici e veloci per scoprire una malattia è uno degli obiettivi della ricerca. Diagnosi a portata di mano, risposte rapide, niente manovre rischiose, tecnologie affidabili.

Sembrano le caratteristiche di una nuova metodica per accertare la presenza di un tumore. A partire da una goccia di saliva. Il test sarebbe in grado di rilevare la presenza di piccoli frammenti di Dna provenienti da una cellula cancerosa, mischiati e trasportati dai fluidi corporei.

Lo sviluppo del sistema si deve a David Wong, ricercatore dell'Università della California di Los Angeles (Ucla). Il prototipo è stato presentato a un convegno dell'Associazione americana per l'avanzamento delle scienze. Dunque in una sede autorevole. Lo stesso ricercatore ha chiarito che «l'approvazione da parte dell'ente regolatorio americano, Food and drug administration» dovrebbe arrivare entro un paio d'anni, e che altri due anni dovranno poi trascorrere per la commercializzazione, perlomeno nel mondo anglosassone. C'è altro da verificare, prima di gridare vittoria. Tra l'altro, bisogna capire con certezza quali tumori potrebbero essere scovati. Per il momento si è avuta evidenza del funzionamento nel caso di cancro al polmone. Quest'anno forse il via alla sperimentazione clini-

ca in Cina.

Si tratta di una biopsia liquida capace, secondo Wong, di dare risposte nel giro di appena dieci minuti anche all'inizio della malattia, alla comparsa ad esempio di una macchia scura sospetta, evidenziata da una radiografia. Insomma, sarebbe il primo screening veloce. Secondo Wong potrebbe avvalersene anche un dentista nel suo studio o un farmacista. Ipotesi estrema. Semplice e veloce, dunque. Quanto all'affidabilità del test, questa «biopsia liquida» — assicura il ricercatore dell'università californiana — «si è mostrata accurata al 100 per cento».

«Novità interessante soltanto perché è stata trovata la tecnologia per applicare la cosiddetta *next generation sequencing*, la stessa che viene utilizzata per controllare durante la gravidanza se il feto ha la sindrome di Down, a partire da una goccia di sangue», commenta senza troppi entusiasmi l'annuncio californiano Giuseppe Novelli, genetista dell'università romana di Tor Vergata. La ricerca del Dna fetale è ormai una metodica affidabile.

Nel campo dell'oncologia diversi centri stanno perseguendo l'obiettivo di test semplici, tra i quali il nostro Istituto oncologico veneto.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I tempi

Il test in grado di rilevare i tumori dalla saliva dovrebbe essere approvato negli Usa entro due anni. Serviranno poi altri due anni prima dell'entrata in commercio

Tumori, dieci minuti per scoprire la malattia ecco il test con la saliva

►Costa solo 20 euro, basta una goccia di liquido organico: è il nuovo esame per diagnosticare il cancro ai polmoni

L'ANNUNCIO

ROMA Un rapido, non invasivo e poco costoso test della saliva capace di diagnosticare un tumore all'inizio del suo sviluppo. E' il prototipo "Efirm" sviluppato da David Wong dell'Università della California di Los Angeles, che promette di rivoluzionare la diagnosi precoce dei tumori. Si tratta di un test che, dall'analisi di una sola gocciolina di saliva, riesce a rilevare i frammenti del Dna di un tumore in soli 10 minuti. In pratica, può essere considerata come nuova versione, ancora più sofisticata, di biopsia liquida, che è un tipo di test in grado di individuare le tracce di un tumore attraverso l'analisi dei fluidi del corpo.

Attualmente sono disponibili test che rilevano il cancro con un esame del sangue, come quello sviluppato all'Istituto per la ricerca e la cura del cancro di Candiolo (To) con il sostegno dell'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc), che consente di monitorare l'andamento della malattia, nonché le mutazioni genetiche che la caratterizzano. Altri sono in fase di sviluppo, come la biopsia liquida a cui sta lavorando Grail, una startup milionaria recentemente creata da Il-

luminia, il colosso americano specializzato nel sequenziamento del Dna.

Ma il tipo di biopsia liquida della saliva, presentata da Wrong al meeting annuale dell'Associazione americana per l'avanzamento delle scienze a Washington, è tanto semplice che addirittura potrebbe essere eseguita a casa, in farmacia, dal dentista o in qualsiasi altro studio medico.

MUTAZIONI GENETICHE

Il test cerca nel campione di saliva o di sangue mutazioni genetiche riconducibili a un tumore. E nel farlo si è dimostrato accurato al 100 per cento. Altro punto a suo favore è il costo relativamente basso, che dovrebbe aggirarsi intorno ai 20 euro. Finora però è stato sperimentato solo sul tumore ai polmoni ed entro la fine di quest'anno dovrebbe entrare in piena sperimentazione clinica

**IL METODO, MESSO
A PUNTO NEGLI USA,
AFFIDABILE AL 100%.
«PRESTO IMPIEGATO
PER OGNI TIPO
DI NEOPLASIA»**

sui pazienti affetti da questo tipo di cancro in Cina. Ma, secondo Wrong, la biopsia liquida della saliva potrebbe essere la chiave per la diagnosi precoce anche di altri tipi di tumore, come quello del pancreas, per cui attualmente non esistono screening precoci efficaci. «Più avanti - assicura il ricercatore - potrebbe essere possibile avere un test in grado di rilevare contemporaneamente più tipi di tumore».

Tuttavia, Wrong precisa che è ancora troppo presto per pensare di poter mandare in pensione gli attuali strumenti diagnostici. Il nuovo test potrebbe piuttosto affiancarli. Ad esempio, se da una radiografia dovesse emergere un nodulo sospetto, il test sulla saliva potrebbe confermare la presenza o meno del tumore. In questo modo, il paziente potrà iniziare i trattamenti tempestivamente e avere, quindi, più chance di sopravvivenza.

Secondo Wrong, il suo prototipo potrebbe essere approvato da parte della Food and drug administration, l'agenzia americana responsabile della regolamentazione dei farmaci, entro un paio d'anni. E in soli 4 anni potrebbe già essere disponibile nel Regno Unito.

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA