



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Il rapporto Censis: aumenta la spesa dei cittadini per evitare strutture pubbliche

Sanità in ginocchio, esodo dei campani verso strutture private

Le lista d'attesa infinite spingono gli utenti verso soluzioni alternative

CASERTA (Ciro Crescentini) - I disservizi e l'inefficienza stanno minando e smantellando il sistema sanitario pubblico. Molti servizi non vengono più garantiti ai cittadini che sono costretti a pagare di tasca propria rivolgendosi a strutture private. La spesa sanitaria privata degli italiani, secondo uno studio del Censis, è pari a 26,9 miliardi di euro nel 2013 ed è aumentata del 3%, in termini reali, rispetto al 2007. Nello stesso arco di tempo la spesa sanitaria pubblica è rimasta quasi ferma (+0,6%). Il 41,3% dei cittadini paga di tasca propria per intero le visite specialistiche. Cresce anche la spesa per i ticket, sfiorando i 3 miliardi di euro nel 2013: +10% in termini reali nel periodo 2011-2013. Per effettuare una prima visita oculistica in una struttura pubblica il ticket costa 30 euro e c'è da aspettare mediamente 74 giorni (due mesi e mezzo), mentre nel privato, pagando in media 98 euro, si aspettano solo 7 giorni. Per una prima visita cardiologica si pagano 40 euro di ticket e la lista d'attesa è di 51 giorni, nel privato con 107 euro si aspettano 7 giorni. Una visita ortopedica nel sistema pubblico costa 31 euro di ticket con 34 giorni di attesa, nel privato 104 euro e occorrono 5 giorni per avere l'appuntamento. Una visita ginecologica richiede 29 euro di ticket e 27 giorni di attesa, nel privato 100 euro con 5 giorni di attesa. In sintesi, se si vogliono accorciare i tempi di accesso allo specialista bisogna pagare: con 70 euro in più rispetto a quanto costerebbe il ticket nel sistema pubblico si risparmiano 66 giorni di attesa per

l'oculista, 45 giorni per il cardiologo, 28 per l'ortopedico, 22 per il ginecologo. Per effettuare una colonscopia in una struttura pubblica il ticket costa 49 euro e si richiede un'attesa media di 84 giorni (2 mesi e 20 giorni), nel privato con 213 euro si aspettano 8 giorni. Per effettuare una risonanza magnetica del ginocchio il ticket è di 49 euro e l'appuntamento è dopo 68 giorni, nel privato pagando 149 euro si aspettano 5 giorni. Per un'ecografia all'addome il ticket ammonta a 53 euro e l'attesa a 65 giorni, nel privato per un costo di 113 euro si aspettano 6 giorni. Per una mammografia il ticket è di 43 euro e l'attesa è di 55 giorni, per 90 euro in una struttura privata l'attesa è di 6 giorni. Riguardo ai trattamenti riabilitativi, la laserterapia antalgica ha un ticket di 5 euro per un'attesa di 45 giorni, mentre nel privato per 27 euro si aspettano 4 giorni. Per la riabilitazione motoria c'è da pagare un ticket di 8 euro con un'attesa di 40 giorni, nel privato si spendono 42 euro e si aspettano 5 giorni. L'assistenza sanitaria pubblica in Campania è allo sfascio. L'attuale giunta guidata da **Stefano Caldoro** e i precedenti governi bassoliniani hanno attuato una riorganizzazione in senso privatistico tagliando i piccoli ospedali, i posti letto pubblici e la durata delle degenze tramite l'utilizzo del day-hospital. Aumentano le liste d'attesa per effettuare visite specialistiche presso gli ospedali e le aziende sanitarie locali nella regione ed in particolare nelle strutture pubbliche sanitarie: al primo posto la mammografia (540 giorni di attesa). Peggiorano anche i

dati per ecografie testicolari (420 giorni), colonscopia con anestesia (300 giorni), risonanza magnetica (270 giorni), ecocardiogramma (240 giorni) e ecografia tiroidea (220 giorni). Per una visita oculistica servono 630 giorni di attesa. L'intervento chirurgico che presenta la maggiore attesa massima è quello di protesi al ginocchio con 480 giorni. L'aumento delle liste di attesa è favorito da un sistema sanitario regionale che alimenta cliniche e laboratori privati convenzionati e prestazioni dell'attività privata intramoenia degli ospedali pubblici. Continua ad alimentarsi una sanità privata parallela in concorrenza con una sanità pubblica, sempre più ridotta e residuale. In Campania sono stati censiti appena 4 ambulatori e laboratori pubblici per 100mila abi-

tanti contro i 28,4 di Bolzano e il 17,6 della Toscana e il più alto numero, dopo la Sicilia di ambulatori e laboratori privati (17,8 per 100mila abitanti) rispetto all'1,4 della Emilia-Romagna. Per questo la Campania è in assoluto la regione con il minor numero di ambulatori e laboratori pubblici rispetto a quelli privati accreditati. Inoltre vi sono 94 istituti di cura privati e appena 75 pubblici con un numero di posti letto al di sotto dei 5 per mille e praticamente inesistenti per la lunga degenza e la riabilitazione. Circa il 15% dei ricoveri dei residenti campani avviene fuori regione mentre le unità di personale sanitario pubblico è il più basso delle regioni Italiane (72,1 su 10mila abitanti)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità, c'è l'accordo: in arrivo i ticket collegati al reddito

►L'orientamento del gruppo di lavoro sul Patto per la salute: la compartecipazione dei cittadini sarà rivista entro l'anno

IL PIANO

ROMA Entro sei mesi i ticket sanitari saranno rivisti. La tassa su visite, farmaci ed esami, dunque, potrebbe subire dei ritocchi. Che saranno decisi in base al reddito. Anche per le patologie croniche. Oggi, infatti, tutte le persone, quelle più abbienti e quelle meno abbienti che soffrono di malattie che accompagnano per tutta la vita, usufruiscono dell'esenzione dal ticket. Per le prestazioni, dalla radiografia all'analisi del sangue, che riguardano la patologia.

La decisione è stata presa ieri in tarda serata dal gruppo di lavoro sul Patto per la salute a cui sta lavorando da settimane il ministro Beatrice Lorenzin con otto assessori regionali e un rappresentante del ministero dell'Economia.

Una sorpresa per gli addetti ai lavori dal momento che proprio dall'incontro di ieri era uscita

LE NUOVE REGOLE
TOCCHERANNO ANCHE
LE PATOLOGIE
CRONICHE
DESTINATE A SPARIRE
LE MINI-CLINICHE

una notizia confortante per il servizio sanitario nazionale: confermato il finanziamento 2014-2017. Le risorse dovrebbero essere "arricchite" da una quota consistente dei risparmi che il ministro Lorenzin ha indicato in dieci miliardi in tre anni. L'obiettivo è quello di chiudere in questa settimana.

GLI ESENTI

Le notizie sui ticket erano state annunciate e smentite più di una volta. Proprio pochi giorni fa il ministro della Salute aveva detto: «Il patto per la salute sta lavorando sull'esenzione da una parte mentre dall'altra dobbiamo cercare di recuperare laddove ci sono persone che sono esenti per reddito ma, in realtà, non ne avrebbero diritto».

Una sorta di risposta alla Corte dei Conti che ha evidenziato come gli italiani paghino sempre di più per i ticket. Riferendosi al dato del 2012: le famiglie italiane hanno speso in media 900 euro per la tassa sanitaria.

L'ASSISTENZA

Un'inversione di rotta ancora da quantificare che sarà accompagnata da un altro aggiornamento. Quello dei livelli di assistenza, l'elenco delle prestazioni che vengono effettuate negli ospedali.

Stretta anche per l'accreditamento: in tre anni le mini-cliniche,

quelle che hanno meno 60 posti letto, saranno cancellate dal servizio sanitario nazionale. Un provvedimento che il privato riuscirà ad evitare se la dotazione dei posti salirà ad 80 aggregando altre strutture. «Il lavoro procede bene», ha sentenziato ieri sera il ministro Lorenzin che, con il gruppo, deve esaminare 28 articoli. Oggi è la volta dell'assistenza territoriale.

ISTITUTO SANITÀ

Decisioni parallele ieri al ministero della Salute. Oltre alla discussione sulla revisione dei ticket anche l'ipotesi di commissariamento dell'Istituto superiore di sanità, l'organo tecnico dello stesso ministero. Sono state avviate le procedure ma l'ultima parola l'avrà il Consiglio dei ministri.

Motivo: buchi di bilancio relativi agli anni 2011 e 2012. In tutto un buco da 30 milioni su oltre 300 milioni movimento finanziario l'anno già contestati dalla Corte dei conti. Da mesi all'interno dell'Istituto era cresciuta la preoccupazione per il bilancio tanto da ostacolare e in alcuni casi fermare il rinnovo dei contratti per chi sta seguendo o deve iniziare progetti di ricerca. Anche internazionali.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Beatrice Lorenzin, ministro della Salute

SE NON SI ADEGUA, ROMA RISCHIA UNA STANGATA

Debiti della pubblica amministrazione L'Ue aprirà la procedura d'infrazione

Nel mirino i tempi
del pagamento
Il governo: siamo
già intervenuti

MARCO ZATTERIN
CORRISPONDENTE DA BRUXELLES

Arriva la messa in mora per i pagamenti di Stato troppo lenti, un'infrazione annunciata da tempo, che sarebbe dovuta decollare già in maggio e che era stata sospesa per «cautela» elettorale. Salvo colpi di scena, la Commissione Ue mostrerà un altro cartellino giallo all'Italia, colpevole d'aver violato la normativa europea secondo cui la pubblica amministrazione deve saldare i conti con i fornitori privati entro trenta giorni, o sessanta in casi particolari (come gli ospedali).

I ripetuti richiami non sono serviti e adesso Roma deve spiegarsi, adeguarsi o ri-

schiare di vedersela con la Corte Ue e le sue in genere salate multe.

Responsabile del dossier è il commissario all'Industria, Antonio Tajani, in carica ancora per dodici giorni prima di passare al Parlamento europeo, dove lo attende con ogni probabilità una poltrona da vicepresidente in casa popolare. La lettera di messa in mora da parte di Bruxelles non dovrebbe riguardare i debiti pregressi della Repubblica, ma solo quelli contratti a partire dall'entrata in vigore della direttiva, ovvero dal 2013.

Nessuna sorpresa. Gli advisor di Bruxelles per l'Italia, Ance e Confartigianato, in più occasioni hanno denunciato la persistente violazione della direttiva, con ritardi sino a 210 giorni a fattura. La media per i costruttori sarebbe di 146 giorni. Il governo contesta da sempre le cifre. Già ai primi di maggio ha sottolineato che si è «interventuti d'urgenza per completare il finanziamento finalizzato al

pagamento dei debiti pregressi» ed è stato «definito un quadro di norme che hanno il duplice scopo di impedire la formazione di un nuovo stock di debito, e garantire ai creditori pagamenti entro i termini di legge».

Stamane la Commissione dovrebbe esprimere un altro avviso e lasciare spazio a due scenari: l'Italia può convincere Bruxelles di aver adottato le azioni necessarie per mettersi in regola; oppure ritrovarsi destinataria di un parere motivato, ultimo stadio prima del deferimento alla Corte di giustizia. Non un fulmine a ciel sereno, va detto, nemmeno la nuova procedura. Proprio lunedì la Commissione delle politiche Ue della Camera ha deciso di avviare una indagine sulla attuazione ed efficacia dei recepimenti del diritto a dodici stelle, visto che a fine aprile le procedure aperte contro Roma erano 114. Un dato che vale oltre il 10 per cento in più rispetto ad un anno fa.

Patto Salute. Verso conferma finanziamento 2014-17 annunciato da Lorenzin. Si punta a chiudere in settimana

Sarebbero confermati i volumi economici relativi al prossimo triennio che il Ministro aveva illustrato lo scorso gennaio durante l'audizione in Commissione Affari Sociali. Oggi seconda riunione consecutiva. Si prosegue anche domani. Marroni: "Lo spirito è dei migliori, contiamo di chiudere entro la fine della settimana"

Proseguono i lavori per definire il Patto per la Salute. Il confronto di oggi si è concluso poco dopo le 20 e, secondo indiscrezioni raccolte in esclusiva da Quotidiano Sanità, ha riguardato in particolare i volumi economici: sarebbero confermati i budget fino al 2017 che il Ministro aveva illustrato lo scorso gennaio durante l'audizione in Commissione Affari Sociali. La discussione si è soffermata anche sulle tipologie e sulle modalità dei Piani di Rientro da adottare nel prossimo triennio. Allo stato attuale gli incontri avrebbero toccato meno della metà degli argomenti da affrontare, ma l'obiettivo resta comunque quello di chiudere entro la fine di questa settimana.

Al termine del tavolo odierno **Luigi Marroni**, assessore regionale alla Salute in Toscana, si dichiara più che soddisfatto. "Il clima è davvero buono – sottolinea – in quanto stiamo lavorando con uno spirito estremamente collaborativo. I temi in discussione sono delicati e spinosi, ma l'approccio è assai proficuo. E' questo il modus operandi migliore per affrontare uno snodo decisivo per il futuro del Ssn. I punti si qui discussi non sono ancora definitivi, ma – conclude – contiamo di concludere entro questa settimana".

(Fonte: quotidianosanità)

Le novità in sanità delle norme approvate dal Governo. Dalla Riforma PA alle ricette per le patologie croniche. E per i medici del Ssn niente obbligo assicurazione. Albo nazionale per Dg Asl

Un ddl delega per la riforma della pubblica amministrazione e un decreto legge contenente diverse misure per la semplificazione, tra cui anche norme di interesse sanitario. Tra queste spiccano l'ampliamento a 6 mesi della durata delle ricette per patologie croniche e l'esonero dei medici pubblici dipendenti dall'obbligo assicurativo che scatterà il prossimo 14 agosto. E per i Dg arriva un elenco nazionale degli idonei.

In una nota diffusa sabato il ministero della Salute ha evidenziato le misure di interesse sanitario contenute nei provvedimenti approvati venerdì scorso dal Governo. Per **Lorenzin**, "con i provvedimenti che ho presentato nel Consiglio dei Ministri ieri e che sono stati approvati all'unanimità abbiamo fatto un importante passo in avanti nel segno della semplificazione, dell'appropriatezza e delle regole a vantaggio di cittadini ed operatori sanitari. Abbiamo prolungato la validità delle ricette per i malati cronici, superato l'obbligo di assicurazione per i medici del SSN, semplificato le procedure per le autorizzazioni necessarie per l'apertura di nuove strutture sanitarie e introdotto una rivoluzione sulla governance delle aziende sanitarie introducendo la selezione unica nazionale per la nomina dei direttori generali".

Ma vediamo le novità punto per punto:

CON DECRETO LEGGE SONO STATE INTRODOTTE NUOVE NORME SU: RICETTA MEDICA

Grande novità per i malati cronici, cioè per più di 14 milioni di persone che rappresentano il 24% degli assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale. La norma proposta dal Ministro Lorenzin e inserita nel decreto legge Semplificazioni permetterà di allungare i tempi di validità delle ricette per i malati cronici, validità che passa dai 60 gg. attuali a 180 gg.

Niente più file dal medico di famiglia, il malato potrà così andare per le ricette solo una volta ogni 6 mesi e si potranno prescrivere 6 scatole ogni ricetta (salvo naturalmente indicazioni diverse del medico curante). Uno snellimento burocratico che va a tutto vantaggio dei malati cronici e delle loro famiglie.

ASSICURAZIONE PER I MEDICI

Novità importanti anche per chi esercita la professione sanitaria sull'assicurazione dei medici: l'obbligo di assicurazione che scatterà il prossimo 14 agosto non si applica ai medici dipendenti pubblici del Sistema Sanitario Nazionale e sono state introdotte misure per istituire un fondo che

supporterà i professionisti sanitari nel pagamento dei premi assicurati, in particolare nei casi in cui i premi siano di ammontare elevato a causa del notevole livello di rischio dell'attività svolta dal professionista.

STRUTTURE SANITARIE

Sono state semplificate le procedure per il rilascio delle autorizzazioni necessarie per l'apertura di strutture sanitarie, eliminando il parere regionale relativo alla verifica di compatibilità con il fabbisogno sanitario.

CON DDL DELEGA:

GOVERNANCE DELLE AZIENDE SANITARIE

Con DDL delega è stata inoltre introdotta una vera e propria rivoluzione sul riordino della governance delle aziende sanitarie, con l'introduzione di una selezione unica nazionale per i direttori generali. Potranno essere nominati soltanto coloro che, all'esito di una selezione pubblica nazionale, saranno iscritti in un elenco tenuto dal Ministero della Salute e aggiornato con cadenza biennale. I direttori dovranno possedere titoli professionali specifici, avere frequentato uno specifico corso universitario di formazione in gestione sanitaria. I direttori nominati dovranno garantire obiettivi di gestione, i livelli essenziali di assistenza, l'equilibrio di bilancio e i risultati del programma nazionale valutazione esiti.

Il direttore generale potrà essere dichiarato decaduto dall'incarico se non raggiunge gli obiettivi o commette gravi violazioni di legge o regolamento, o i principi di buon andamento e imparzialità. Il direttore generale dichiarato decaduto viene cancellato dall'elenco e non potrà più essere nominato. Prevista l'istituzione, su base regionale, degli elenchi dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari.

Per essere nominato direttore amministrativo o direttore sanitario occorrerà superare una selezione pubblica per titoli e colloquio, contrariamente a quanto avviene attualmente con la nomina di queste figure di vertice in modo strettamente fiduciario e prescindendo da qualsiasi selezione. Gli idonei verranno iscritti nell'elenco pubblico tenuto dalla Regione. Le commissioni di concorso sono composte da esperti di qualificate istituzioni scientifiche. Coloro che non raggiungeranno gli obiettivi prefissati verranno cancellati dall'elenco e non potranno essere rinominati.

(Fonte: quotidianosanita)

Salute: Lanzetta, nel nuovo patto 3,7 posti letto ogni 1000 abitanti



Il nuovo patto per la salute 2014-2016 contiene l'indicazione programmatica e organizzativa degli standard dei posti letto ospedalieri, che le Regioni devono attuare per una razionalizzazione strutturale della rete ospedaliera, "con una riduzione del numero di posti letto dall'attuale standard del 4 per 1000 abitanti al 3,7 per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo, come riferimento, un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni". Lo ha spiegato il ministro per gli Affari regionali, Maria Carmela Lanzetta, rispondendo al question time alla Camera. Lanzetta ha poi evidenziato che il nuovo patto prevede "di realizzare un'azione di programmazione in ambito territoriale, con il trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio, attraverso cui sarà possibile affrontare efficacemente anche i temi dell'invecchiamento e delle cronicità e così garantire la sostenibilità futura dei sistemi sanitari; aumentare le competenze in ambito clinico ed assistenziale dei servizi residenziali e domiciliari, per affrontare in questi contesti le problematiche di salute ora di competenza degli ospedali". Il nuovo patto, ha concluso Lanzetta, deve "provvedere al riordino delle cure primarie, per sviluppare anche la "sanità di iniziativa", orientata alla promozione attiva della salute, attraverso la prevenzione e l'educazione ai corretti stili di vita". rus

(Fonte: ASCA)

Trauma cranico: l'Unione Europea promuove un progetto per ridurli

Sono la prima causa di invalidità permanente per le persone sotto i 40 anni e causano 100 mila disabili ogni anno

Ben 1,6 milioni di persone, ogni anno, in Europa sono vittime di un trauma cranico. Di queste, centomila restano disabili a causa di tali traumi e settantamila perdono la vita. Il trauma cranico encefalico è la causa più comune di invalidità permanente nelle persone al di sotto dei quarant'anni. Numeri spaventosi, che l'Ue sta cercando ridurre con un progetto chiamato Tbicare (un gioco di parole in inglese nato dalla combinazione dei termini "Traumatic Brain Injuries" e "I Care", che si può tradurre liberamente come "mi importa dei traumi cranici"), con il quale si è sviluppato uno strumento informatico per accelerare e migliorare la diagnosi in caso di commozione cerebrale e somministrare ai pazienti la giusta cura in tempi più rapidi.

I finanziamenti

Per il progetto, la Commissione Europea ha annunciato un investimento di tre milioni di euro. Il progetto Tbicare (@tbicare su twitter), oltre che su fondi europei, può contare anche su finanziamenti da partner in Finlandia, Regno Unito, Francia e Lituania. Già centinaia sono le vittime di trauma cranico di cui il software in via di realizzazione ha raccolto i dati.

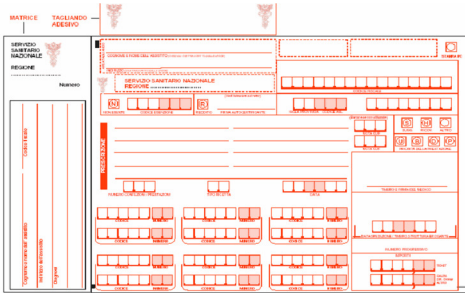
Gli scopi

Il nuovo strumento informatico combinerà i dati dei pazienti raccolti subito dopo l'incidente, al Pronto soccorso, li analizzerà, farà diverse simulazioni e stabilirà qual è la cura più adatta per ogni singolo individuo.

Mark van Gils, coordinatore scientifico di Tbicare, spiega : «quando un paziente giunge al pronto soccorso, vengono esaminati molti parametri diversi. Si verificano, ad esempio, lo stato di coscienza, la reattività e la quantità di ossigeno presente nel sangue. Viene inoltre esaminato il potenziale di valori più sofisticati, ad esempio con esami relativi a proteine la cui presenza indica il tipo di danno al tessuto cerebrale, e ricercando emorragie interne tramite diagnostica per immagini. La nostra intenzione è quella di individuare gli esami dai quali emergono gli indicatori migliori della probabile evoluzione dello stato del paziente». Il software costituirà una grande banca dati che combinerà informazioni sulla vittima del trauma cranico (come malattie precedenti, terapie in corso, zona cerebrale colpita dal trauma) con modelli matematici che riproducono l'effetto che diverse cure possono avere sul soggetto, in modo da scegliere la terapia migliore per ogni singolo caso.

(Fonte: Corriere della Sera)

Salute: 6 mesi validità ricette per malati cronici



(Grande novità per i malati cronici, cioè per più di 14 milioni di persone che rappresentano il 24% degli assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale. La norma proposta dal Ministro Lorenzin e inserita nel decreto legge Semplificazioni permetterà di allungare i tempi di validità delle ricette per i malati cronici, validità che passa dai 60 gg. attuali a 180 gg. Il malato potrà così andare dal medico per le ricette solo una volta ogni 6 mesi e si potranno prescrivere 6 scatole ogni ricetta (salvo naturalmente indicazioni diverse del medico curante). Uno snellimento burocratico che va a tutto vantaggio dei malati cronici e delle loro famiglie.

(Fonte: ASCA)

Salute La decisione del ministro Lorenzin. Il sì definitivo spetta al governo

Buco milionario, commissariato l'Istituto superiore di sanità

Le gestioni 2011 e 2012 nel mirino della Corte dei conti



Sotto accusa

Fabrizio Oleari è stato nominato pochi mesi fa presidente dell'Istituto superiore di sanità. In seguito al commissariamento i suoi poteri sono stati azzerati

ROMA — E' il maggiore centro pubblico di ricerca sanitaria italiano. Circa millecinquecento dipendenti, quindici dipartimenti, 450 collaboratori a tempo determinato. Un movimento finanziario annuo di 320 milioni, coperti dai finanziamenti del ministero della Salute e dai fondi nazionali ed europei per la partecipazione a progetti di ricerca. L'Istituto Superiore di Sanità (Iss) è pachiderma che produce tanti risultati nel campo della prevenzione, controlli, certificazioni, studi epidemiologici. Ma anche buchi in bilancio come ha denunciato la relazione della Corte dei Conti pubblicata lo scorso novembre relativa alla gestione 2011 e 2012. Dalla segnalazione dei giudici contabili è scaturita la decisione del ministro Beatrice Lorenzin. L'ente verrà commissariato.

Le procedure sono state av-

viate e i vertici dell'Istituto ne sono stati informati due giorni fa. Ora il sì definitivo spetta al Consiglio dei ministri con l'avallo dell'Economia. Entro un mese il commissario dovrà essere indicato. È quanto prevede la regola, citata dalla Corte dei Conti nel suo documento. Quando il disavanzo riguarda due esercizi consecutivi «i relativi organi, ad eccezione del Consiglio dei Revisori decado-».

Via dunque i vertici, la presidenza, il consiglio di amministrazione e il comitato scientifico. L'attuale numero uno è Fabrizio Oleari, nominato lo scorso marzo, entrato pochi mesi fa negli uffici di viale Regina Margherita, la sede principale. Resta al suo posto invece il direttore generale, Lino Del Favero, che non appartiene a un organo, e con lui il collegio sindacale. Il deficit è stato di 26 milioni nel 2011 in parte recuperato nell'esercizio del 2012 che ha chiuso comunque con un disavanzo di 4 milioni di euro. La gestione contestata riguarda il periodo di presidenza di Enrico Garaci, per due mandati a capo dell'Istituto, ora al vertice del Consiglio superiore di sanità. Alla direzione c'era Monica Bettoni.

Da tempo i sindacati interni erano in agitazione. Avevano indetto uno sciopero e una manifestazione proprio per questa settimana partendo dal nodo della sistemazione dei precari che caratterizza l'organico a tutti i livelli, ricercatori, tecnici, personale amministrativo. Un'antica questione ormai cronicizzata che non è mai stata risolta. Sempre più incalzante il problema del rinnovo dei con-

15

I dipartimenti di cui si compone l'Istituto Superiore di Sanità. Complessivamente conta 1.500 dipendenti e 450 collaboratori esterni. In un anno l'Istituto ha creato movimenti finanziari per un totale di 320 milioni di euro, movimenti finiti all'attenzione degli organismi di controllo statali

tratti per gli esperti dei progetti di ricerca.

Il malcontento cresceva e Oleari, nominato dall'ex ministro Renato Balduzzi, un tecnico, si apprestava ad avviare un non facile processo di riordino. Forse nella scelta di dare il via al commissariamento hanno influito anche le polemiche sul vaccino italiano contro l'Aids, anche queste ricorrenti. Un mese fa un mensile ha dedicato un'inchiesta alle ricerche della virologa Barbari Ensoli e ai finanziamenti ricevuti per lo studio del farmaco. Quasi 50 milioni dal 1998 che però niente hanno a che vedere con i bilanci.

L'iniziativa del ministro Lorenzin di passare ai fatti si potrebbe spiegare anche nell'ambito di una riorganizzazione più generale. Oltre all'Iss essa potrebbe riguardare l'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, ente pubblico con una funzione di supporto tecnico alle iniziative del governo e poi l'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco, dalla quale dipendono tutte le decisioni relative all'approvazione e al prezzo dei farmaci. Di Aifa si è molto sentito parlare a proposito della questione Avastin-Lucentis, i due

farmaci per la degenerazione maculare dell'occhio, il primo molto meno caro del secondo eppure non mutuato dal servizio pubblica sanitario.

Nel mondo politico il commissariamento dell'Istituto Superiore di Sanità ha già suscitato reazioni. «Sulla vicenda chiederemo le necessarie spiegazioni durante la prevista audizione del ministro», ha annunciato Donata Lenzi, capogruppo Pd in Commissione Affari Sociali alla Camera.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

La mossa del ministero

- ✓ Il ministro della salute Beatrice Lorenzin ha avviato le procedure per commissariare l'Istituto Superiore di Sanità (Iss), principale organo di consulenza del ministero stesso
-

Due bilanci bocciati dalla Corte dei Conti

- ✓ La decisione sarebbe conseguenza di un esame dei bilanci del 2011 e del 2012, che avrebbero rilevato un buco di 30 milioni di euro, già rilevato dalla Corte dei Conti
-

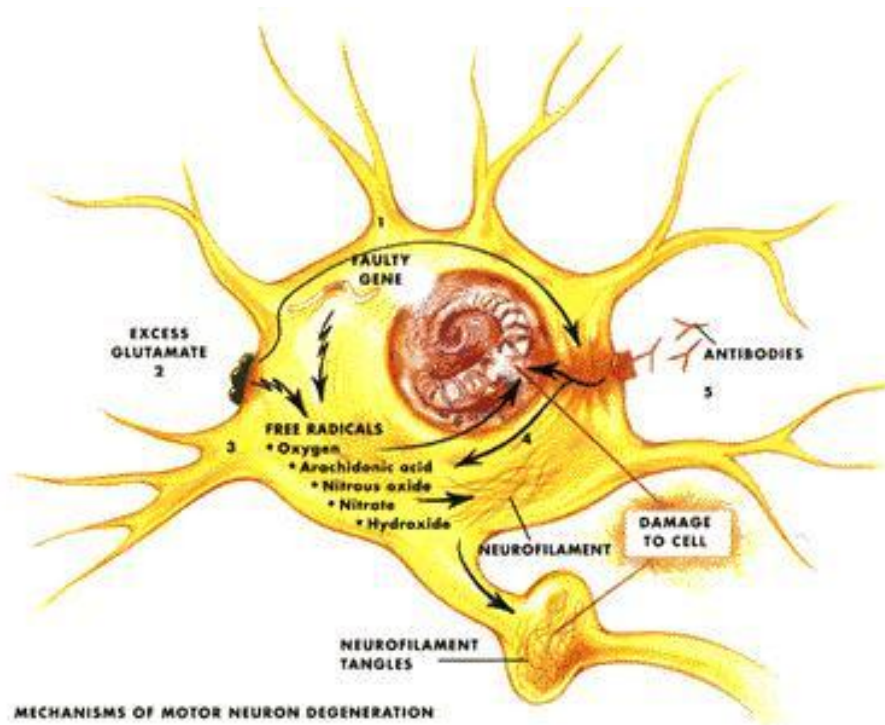
L'azzeramento di tutte le cariche

- ✓ Il provvedimento, ora all'esame del Consiglio dei ministri è destinato a provocare l'immediato azzeramento delle cariche, a cominciare da quella del presidente in carica Fabrizio Oleari
-



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Inducono l'ipotermia: nuova tecnica Usa di pronto soccorso **«Ammazzano» il paziente per poterlo curare meglio**

DI SIMONETTA SCARANE

Non è più uno scenario da fantascienza salvare un ferito gravissimo provocandone artificialmente «lo stato di morte» mediante il raffreddamento rapidissimo del suo corpo, così da avere più tempo per riparare le lesioni che provocano le emorragie. L'ipotermia rapida indotta è una nuova tecnica della medicina d'urgenza e viene praticata nell'ospedale americano presbiteriano di Pittsburgh, in Pennsylvania. Gravemente ferito al torace, un uomo ha perso la metà del suo sangue. Il suo cuore ha cessato di battere e i medici del pronto soccorso disperano di salvarlo. La decisione è presa: sarà il primo paziente al quale sarà sospesa la vita. Una cannula introdotta nella sua aorta permette di iniettarvi un liquido fisiologico molto freddo. In 15 minuti la sua temperatura scende a 10 gradi. Il suo cuore non batte più e non c'è più attività cerebrale. È in stato di morte clinica. I medici hanno allora due ore di tempo per curare le sue ferite prima di «riscaldarlo», ristabilire la circolazione sanguigna e far ripartire il suo cuore. L'ipotermia rapidamente indotta permette di guadagnare tempo in caso di grandi emorragie. Si sa che l'arresto cardiaco provoca la mancanza di ossigeno al cervello e che per questo in pochi minuti viene lesionato irreparabilmente. Ma questo avviene alla normale temperatura corporea di 37 gradi. Ma se il corpo si raffredda le cellule hanno meno bisogno di ossigeno e l'infiammazione si riduce. L'ipotermia viene già utilizzata per effettuare alcune operazioni chirurgiche, ma è limitata e raramente la temperatura corporea viene fatta scendere

sotto i 32 gradi e per farlo vengono impiegate diverse ore. La scommessa dell'équipe capitanata da Samuel Tisherman, dell'ospedale di Pittsburgh, è quella di indurre una ipotermia molto profonda in pochissimo tempo. Insieme a Peter Rhee dell'università dell'Arizona ha messo a punto la sua tecnica sperimentandola sui maiali che sono sopravvissuti senza conseguenze neurologiche. Un'idea interessante, secondo Thomas Geeraerts di Tolosa che giudica però assai complicato utilizzare questa tecnica nel pronto soccorso con pazienti che hanno ferite associate a sanguinamenti in più parti del corpo. La chiave del successo di questa tecnica è senza dubbio l'elevato grado di addestramento della équipe. L'ipotermia presenta comunque dei rischi perché a basse temperature il sangue non coagula e per questo il sanguinamento potrebbe aumentare durante l'induzione dell'ipotermia. E in caso di arresto cardiaco è meglio mantenere la temperatura corporea a 36 gradi piuttosto che a 33°, secondo uno studio recente. Comunque, le possibilità di sopravvivenza dopo un trauma con arresto cardiaco sono meno del 10%. Al momento, non esiste letteratura sulle conseguenze dell'ipotermia indotta e non c'è ancora una comparazione dei risultati ottenuti rispetto ai metodi tradizionali. Uno studio in questo senso sarà condotto proprio dall'ospedale di Pittsburgh che ha fatto sapere di aver adottato questa nuova tecnica. Pubblicizzandola, l'ospedale cerca di conoscere in anticipo il dissenso dei cittadini, in maniera da trovare una soluzione alla questione etica che questa tecnica pone perché cambia, di fatto, il concetto di morte.

Le due pagine di «Estero - Le notizie mai lette in Italia» sono a cura di Sabina Rodi

© Riproduzione riservata

IL CASO

Tiroide, scoperta del team di Perugia Ecco un nuovo enzima antitumorale

■ La ricerca è stata condotta dall'università umbra



Importante scoperta sulla cura dei tumori alla tiroide: uno studio coordinato dal professor Efisio Puxeddu dell'Università degli studi di Perugia, descrive per la prima volta che l'enzima Indolamina 2,3-Diossigenasi 1 (IDO1) è espresso in modo consistente nelle neoplasie maligne della tiroide. Una scoperta ritenuta significativa, perché l'attività enzimatica di IDO1 è in grado di bloccare la risposta immunitaria anti-tumorale e quindi di favorire lo sviluppo e la diffusione nell'organismo di questi tipi di neoplasie, così come di altre. Lo studio - riferisce una nota dell'Università di Perugia - è stato eseguito in collaborazione con i gruppi di ricerca dei professori Roberto Gerli, Paolo Puccetti, Antonio Macchiarulo e Nicola Avenia, insieme a Massimo Santoro dell'Università Federico II di Napoli e Giovanni Tallini dell'Università di Bologna.

“Nello stesso lavoro - spiega nella nota il professor Puxeddu - viene dimostrato

che l'espressione di IDO1 è associata con un incremento della densità nel microambiente tumorale tiroideo di linfociti Treg con funzione immunosoppressiva. L'importanza dello studio risiede non solo nella scoperta di un nuovo tassello biologico del processo di cancerogenesi tiroidea, ma nelle potenziali applicazioni che ne derivano, inclusa la possibilità di bloccare IDO1 farmacologicamente al fine di riattivare la risposta immunitaria anti-tumorale.

Questa strategia terapeutica da sola, o in associazione con altre - conclude Puxeddu - potrebbe offrire nuove speranze per la cura dei carcinomi tiroidei localmente avanzati o metastatici non più responsivi alle terapie tradizionali”.

*Riproduzione riservata
redazione@metropolisweb.it*

tuttoSCIENZE & salute

I farmaci che fanno come colpire i tumori del sangue

Dal mieloma alla leucemia linfoblastica, le molecole funzionano da inibitori

ONCOLOGIA

STEFANO RIZZATO

Fino a poco tempo fa, erano battaglie difficili. E quasi sempre perse, per l'assenza di cure e prospettive. Ma oggi la speranza è arrivata anche per le malattie rare e i tumori del sangue, molto più frequenti negli anziani. Davanti a mali dai nomi già di per sé inquietanti - come la leucemia linfoblastica acuta o il mieloma multiplo - non c'è più da rassegnarsi. Anche dopo i 60-70 si può accedere a cure all'avanguardia, con tassi di guarigione sempre più alti.

Antonio Palumbo Ematologo

RUOLO: È PROFESSORE
DI MALATTIE DEL SANGUE
ALL'UNIVERSITÀ DI TORINO

È la svolta annunciata al congresso dell'Associazione europea di ematologia (Eha), tenutosi a Milano. Una svolta legata alle nuove generazioni di farmaci, sviluppati con una velocità prima sconosciuta. «L'impatto delle nuove molecole è destinato ad essere esponenziale - conferma Antonio Palumbo, uno dei principali ematologi italiani, professore all'Università di Torino -. Il "turnover" tra un nuovo far-

maco e quello che lo seguirà si è ridotto a circa due anni. Per il mieloma multiplo oggi è in fase di approvazione una molecola - il carfilzomib - che permette il 60% di remissioni complete. E in attesa ci sono altre cinque molecole».

Proprio il mieloma multiplo è l'esempio delle nuove prospettive. Tumore del midollo osseo, si presenta in prevalenza dopo i 65 anni. Le conseguenze vanno da scompensi del sistema immunitario fino a fratture in serie, causate dalla produzione in eccesso di osteociti. «È un male raro, ma - spiega Palumbo - colpisce 9-10 persone ogni 100 mila. E con i "baby-boomer" che invecchiano le cifre aumenteranno».

Il mieloma, fino a qualche

anno fa, offriva una sola cura: la chemioterapia. «Che però permetteva appena il 3% di remissioni complete - aggiunge -. Poi dagli anni 2000 si è aperta la tecnologia degli inibitori, farmaci capaci di bloccare determinate proteine e i meccanismi innescati dalla malattia». È così che si è arrivati al carfilzomib, molecola sviluppata da Onyx e che funziona come inibitore del proteasoma. Già disponibile negli Usa e in fase di approvazione in Europa, promette il salto di qualità. «Nel 1990 - dice Palumbo - l'aspettativa di vita media per chi era colpito da questo male era di 29 mesi. Oggi siamo tra i cinque e i sette anni. E pronti ad arrivare a 10».

Qualcosa di simile succede

anche per la leucemia linfoblastica acuta, tumore ematologico che colpisce in prevalenza anziani e bambini tra i 2-5 anni. Un'altra malattia relativamente rara, con circa 670 nuovi casi ogni anno. E un altro tumore per il quale, finora, l'unica opzione era la chemioterapia. Anche in questo caso la nuova generazione di farmaci sta cambiando tutto: a Milano sono stati svelati risultati incoraggianti per la molecola blinatumomab. Un anticorpo capace di «congelare» il decorso della malattia in quasi la metà dei pazienti su cui è stato testato. I dati sono in fase di pubblicazione sul «New England Journal of Medicine».

Nel frattempo il nuovo farmaco - sviluppato dalla società

Micromet, acquisita dal gruppo americano Amgen nel 2012 - ha ricevuto dall'agenzia del farmaco europea lo status di medicinale «orfano» e viene usato in via sperimentale per malattie rare come la leucemia linfoblastica acuta, il linfoma mantellare, la leucemia linfatica cronica e il linfoma indolente delle cellule B.

«La leucemia linfoblastica acuta viene trattata in genere con cicli di chemioterapia - ha ricordato Nicola Gökbüget dell'ospedale universitario di Francoforte -. Se è resistente al trattamento iniziale, o sviluppa recidive, le probabilità di sopravvivenza sono basse. Spesso, poi, le cellule leucemiche diventano resistenti alla chemio». Sui 189 malati trattati con blinatumomab la remissione completa (nessuna cellula leucemica rilevabile al microscopio) è riuscita nel 43% dei pazienti e nel 45% di quelli già sottoposti a trapianto di midollo.

Acido retinoico aiuta a combattere diabete



L'acido retinoico, un derivato della vitamina A, ha il potenziale per trattare l'obesità e il diabete di tipo 2. Lo studio è stato presentato durante la Annual Conference of the Canadian Nutrition Society che si è tenuta a Saint John's, Newfoundland. La ricerca condotta dagli scienziati dell'Università di Montreal e del CHUM Research Centre ha mostrato che potrebbe prevenire le complicanze cardiovascolari legate al diabete. In particolare, in alcuni topi obesi e con insulino-resistenza, ha dimostrato di stimolare l'espressione dei geni cardio-protettori riducendo i sintomi della malattia e proteggendo contro l'accumulo di collagene nel muscolo cardiaco in modo da evitare fibrosi e possibili, associate, complicazioni future. Inoltre, l'acido retinoico ha ridotto il rischio di apoptosi cardiaca. "Negli animali trattati, il glucosio nel sangue, l'insulino-resistenza, il peso e il grasso addominale era significativamente ridotti" ha spiegato Daniel-Constantin Manolescu, primo autore dello studio che è stato anche pubblicato sulla rivista *Applied Physiology Nutrition and Metabolism-NRC*.

(Fonte: AGI)

Un vaccino contro il diabete?

I risultati di un'analisi su una corte di soggetti dello studio NHANES suggeriscono che la vaccinazione contro l'epatite B potrebbe esercitare un effetto preventivo sulla comparsa di diabete di tipo 2. Un trial di intervento dovrà adesso validare quest'ipotesi

18 GIU - E se il vaccino contro l'epatite B aiutasse a prevenire il diabete? E' l'intrigante ipotesi suggerita da uno studio presentato al congresso dell'*American Diabetes Association* a San Francisco, che ha preso in esame i dati relativi ad oltre 7 mila soggetti senza storia di diabete, facenti parte dello studio NHANES (*National Health and Nutrition Examination Survey*), negli anni dal 2005 al 2010.

L'analisi condotta su oltre 1.400 soggetti senza diabete all'inizio dell'osservazione e vaccinati contro l'epatite B, ha rilevato che il loro rischio di sviluppare diabete negli anni successivi, appariva ridotto del 52% rispetto ai non vaccinati. "Questo studio – commenta il dottor **Ken C. Chiu**, Dipartimento di diabete, endocrinologia e metabolismo, presso il *Beckman Research Institute*, Duarte, (California) e primo autore della ricerca presentata all'ADA – dimostra che le persone vaccinate contro l'epatite B sono meno a rischio di sviluppare diabete. E' un'ipotesi molto suggestiva, perché un solo vaccino consentirebbe di prevenire l'infezione da epatite B e di abbattere il rischio di diabete del 50%; ma naturalmente è un'ipotesi tutta da verificare.

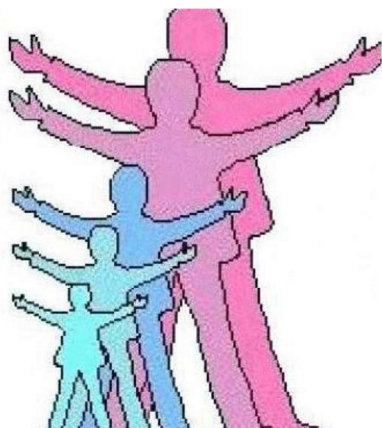
"I tempi sono maturi – sostiene il dottor **Chiu** - per progettare uno studio di intervento che possa validare questa ipotesi. Nella patogenesi del diabete sono state implicate da tempo anche delle patologie infettive; tra l'altro, l'associazione tra diabete ed epatite C è ben nota da tempo; i soggetti con infezione da HCV presentano insulino-resistenza e questo potrebbe giocare un ruolo patogenetico nella comparsa di diabete. La presenza del virus dell'HCV nelle cellule beta-pancreatiche inoltre, si associa ad alterazioni morfo-strutturali delle stesse e a disfunzione beta-cellulare. Finora tuttavia non era stata segnalata alcuna relazione tra HBV e diabete".

I ricercatori californiani hanno dunque deciso di esplorare questa eventuale associazione, andando ad analizzare i dati NHANES, relativi a soggetti dei quali si disponesse di informazioni sia sui livelli di glicemia a digiuno, che sullo stato di infezione da epatite B; dall'analisi sono state escluse le persone con diabete già diagnosticato e sono stati considerati solo i soggetti con positività all'anti-HBs, ma negativi all'anti-HBc (cioè i vaccinati, ma non gli infetti). In questo modo è stato possibile selezionare, su 7142 persone normoglicemiche, 1412 soggetti senza storia di diabete e vaccinati contro l'HBV. Nel corso del *follow up*, hanno sviluppato diabete 16 soggetti (1,13%) nel gruppo dei vaccinati e 325 (5,67%) persone nel gruppo dei non vaccinati, che starebbe ad indicare una differenza dell'81%.

Anche dopo aver aggiustato i risultati per una serie di variabili, compresi genere, età, BMI (tra i vaccinati c'erano molte donne giovani e magre), abitudine al fumo, livello di attività fisica, razza, l'effetto protettivo della vaccinazione rimaneva ancora molto elevato, con un OR di 0,48, cioè una differenza del 52% nel rischio di sviluppare diabete.

(Fonte: quotidianosantità)

Ormone della crescita comincia a calare a 40 anni



Dalla quarta decade di vita, i livelli di ormone della crescita secreti naturalmente dal corpo cominciano a calare, e si manifestano segni di invecchiamento, come il restringimento della colonna vertebrale e la mancanza di dinamismo. E' quanto sostiene Adrian Tover della Clinica di Noor, in un nuovo studio in cui si esplora il fenomeno della somatopausa. La somatopausa consiste nella diminuzione della produzione di ormone della crescita: si tratta di un processo fisiologico che interessa quasi tutto il corpo, poiche' questo ormone e' coinvolto nella composizione corporea, nel metabolismo, nella densita' minerale ossea e nella funzione cardiovascolare. L'ormone della crescita determina l'altezza dei bambini, ma interviene anche quando la crescita e' completa. "E' stato documentato che, per esempio, nel caso del cuore (un muscolo), quelli che hanno un deficit di ormone della crescita potrebbero avere un'aspettativa di vita ridotta, a causa della perdita accelerata di massa muscolare", ha spiegato Tovar. (AGI) .

(Fonte: AGI)