



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



INCONTRO ALL'ORDINE

«La sanità ha bisogno di tagliare i veri sprechi»

«Chi conosce l'Ordine dei Medici sa che non siamo dei rivoluzionari, tuttavia, il momento è drammatico e non ci si può chiudere a testuggine. C'è la necessità di riorganizzare i servizi». Sono le parole con cui il presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Salerno, Bruno **Ravera**, ha aperto il convegno "Etica ed economia in sanità", organizzato da Cimo - Asmd (Coordinamento italiano medici ospedalieri - Associazione sindacale medici dirigenti) e dalla S.p.e.me. (Società per la

promozione dell'educazione medica). «Un mese fa il sub-commissario per la Sanità, Mario **Morlacco**, aveva dichiarato che il bilancio era stato risanato e che c'era nelle casse regionali persino un tesoretto di circa 100 milioni - ha continuato Ravera - in realtà in Campania stiamo ancora vivendo il blocco dei contratti e del turnover. Bisognerebbe, non solo riorganizzare i servizi con i fondi a disposizione, ma anche rivedere i decreti normativi, dal **Balduzzi** in primis che, troppo spesso, appare po-

co chiaro».

Alla giornata di approfondimento ha preso parte anche il presidente nazionale Cimo - Asmd, Riccardo **Cassi**: «In sanità viviamo un caos normativo a livello nazionale, nessuno riesce a metterci le mani con un'azione risolutiva - ha aggiunto - il problema non è solo la mancanza di risorse economiche ma, soprattutto, il modo in cui queste vengono gestite. Si pensi ai controlli che vengono svolti: per lo più, per motivi pratici, si vigila sulle prescrizioni dei farmaci, ma raramente c'è un giusto controllo sull'acquisto di attrezzature tecnologiche negli ospedali che, la maggior parte delle volte, nemmeno si utilizzano». Ed ha continuato: «Dal 2010 il governo non ha apportato cambiamenti sui contratti di lavoro e si sono bloccate le progressioni. Ci auguriamo che i nuovi ministri trovino le soluzioni adatte». Sembra proprio che in sanità occorra un immenso sforzo organizzativo.

Rita Esposito

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'incontro di ieri presso la sede dell'Ordine dei medici di Salerno

Studi e Analisi

Digitalizzazione in sanità. Con suo sviluppo si potrebbero risparmiare oltre 14 mld

Questa la cifra dei possibili risparmi in sanità portati da una maggiore digitalizzazione, secondo le stime dell'Osservatorio ICT in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano. Secondo i ricercatori, l'innovazione digitale è la principale leva su cui lavorare per rendere la qualità dei servizi sanitari compatibile con la loro efficienza e sostenibilità economica.

18 MAG - Oltre 14 miliardi di euro di risparmi attraverso lo sviluppo della digitalizzazione in sanità. È quanto emerge dalla sesta edizione della ricerca "ICT in Sanità: perché il digitale non rimanga solo in agenda", presentata il 7 maggio a Milano e realizzata attraverso casi di studio e questionari rivolti a 109 Chief Information Officer, 166 Direttori generali, amministrativi, sanitari delle principali strutture sanitarie, referenti e dirigenti in ambito sanitario di 10 Regioni, un campione statisticamente significativo di Medici di Medicina Generale e di cittadini.

Quali i principali risultati?

Il rapporto tra la spesa sanitaria pro-capite e l'efficacia è diminuita in Italia: in soli 3 anni (dal 2009 al 2012) quello che era considerato uno dei migliori sistemi sanitari del mondo è sceso dal 15° al 21° posto sui 35 sistemi sanitari censiti, collocandosi dietro ai Paesi del nord Europa, ma anche a Stati quali Slovenia, Rep. Ceca e Rep. Slovacca. I Paesi che si posizionano in cima alla classifica sostengono livelli di spesa tecnologica molto superiori a quelli affrontati in Italia.

Ma a quanto ammonta la spesa ICT in sanità nel nostro Paese?

Secondo le stime dei ricercatori dell'Osservatorio della School of Management del Politecnico di Milano, la spesa complessiva per la digitalizzazione della sanità italiana nel 2012 è stata di 1,23 miliardi, pari all'1,1% della spesa sanitaria pubblica. In Italia si spendono 21 euro per abitante in tecnologie informatiche, valore leggermente in diminuzione rispetto al 2011 (in cui la spesa pro-capite ammontava a 22 euro) e molto distante da quanto speso in Danimarca, Svezia, Gran Bretagna e Francia (rispettivamente 70, 63, 60 e 40 euro per cittadino).

I ricercatori dell'Osservatorio ICT in sanità hanno anche stimato i benefici ottenibili dalla digitalizzazione in sanità: impiegando tutte le soluzioni tecnologiche negli ambiti chiave della sanità italiana, le strutture sanitarie potrebbero risparmiare circa 6,8 miliardi l'anno, di cui 160 milioni per le prenotazioni on line, 370 milioni di euro grazie alla consegna dei referti via web, 1,39 miliardi con l'introduzione della Cartella Clinica Elettronica, 3 miliardi grazie alla deospedalizzazione di pazienti cronici e all'assistenza domiciliare, 860 milioni per la dematerializzazione di referti e immagini, 860 milioni attraverso sistemi di gestione informatizzata dei farmaci, 150 milioni con il progressivo utilizzo di tecniche di virtualizzazione.

A questi benefici, sono da aggiungere i possibili risparmi economici per i cittadini, grazie al miglioramento del livello di servizio reso possibile dalle tecnologie digitali, stimabili complessivamente in circa 7,6 miliardi di euro, così ripartiti: 4,6 miliardi di euro grazie ai servizi di ritiro e download dei documenti clinico-sanitari via web; 2,2 miliardi di euro attraverso soluzioni di telemedicina e assistenza domiciliare; 640 milioni di euro grazie alla prenotazione via web e telefonica delle prestazioni; 170 milioni di euro grazie alle soluzioni di gestione informatizzata dei farmaci.

Studi e Analisi

Nella ricerca sono anche stati analizzati i singoli ambiti in cui le strutture sanitarie stanno investendo per innovare.

In particolare, per i servizi digitali al cittadino il 75% delle strutture sanitarie ha speso, nel 2012, 15 milioni e per il 2013 è previsto un incremento del 2,3% del budget. L'utilizzo dei servizi è però ancora parziale: nel 2012 solo il 7% delle prenotazioni sono state effettuate via web, solo il 13% dei referti è stato consegnato via web (13%), e solo il 6% dei pagamenti è stato fatto on line.

Altri ambiti di innovazione su cui le strutture sanitarie stanno investendo sono i sistemi per la gestione documentale e la conservazione sostitutiva, la cartella clinica elettronica, le soluzioni per la gestione informatizzata dei farmaci, i sistemi di business intelligence e clinical governance, le soluzioni per la medicina sul territorio e l'assistenza domiciliare, il cloud computing e la virtualizzazione.

Studi e Analisi

Diabete. Sono oltre 3 milioni i malati in Italia: ormai è epidemia

L'AMD ha rielaborato i dati ISTAT 2012, arrivando alla conclusione che dal 2011 il numero di diabetici è aumentato di circa 300 mila unità, sfondando la soglia dei 3 milioni di pazienti. Ma i dati potrebbero essere ancora peggiori nella realtà, poiché molti potrebbero non essersi accorti di essere malati.

18 MAG - Sono i dati ISTAT 2012, analizzati dal Centro Studi dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD), a dirlo: gli italiani con diabete hanno superato la soglia 3 milioni, arrivando a oltre 3.268.000 individui, con una percentuale del 5,5% sulla popolazione nazionale. La barriera è stata dunque superata proprio quest'anno: erano poco più di 2,9 milioni secondo i dati 2011, con una percentuale del 4,9% nel 2011. Negli ultimi vent'anni la prevalenza è salita di oltre il 60%, nel 1993 era del 3,4%.

Nel complesso, secondo i dati ISTAT rielaborati da AMD, vivono al Nord poco più di 1.100.000 persone con diabete, al Sud poco meno dello stesso numero e al Centro circa 1 milione. AMD-Associazione Medici Diabetologi ha infatti stilato la classifica delle Regioni italiane per numero di persone con diabete, evidenziando quanto questa malattia cronica sia un problema sociale gravoso nel Sud, dove è percentualmente più presente, ma veda la popolazione con diabete equamente ripartita tra Nord, Centro e Sud del Paese. La classifica vede al primo posto la Lombardia con oltre 533 mila malati su una popolazione di 9,7 milioni, in linea con la percentuale nazionale; al secondo posto la Campania con oltre 334 mila persone con diabete, ma con una popolazione pari a poco più della metà della Lombardia. La terza in classifica è la Sicilia con 290 mila abitanti con diabete (su 5 milioni complessivi), davanti al Lazio, con 286 mila malati e una popolazione di 5,5 milioni.

La "maglia nera" dell'ISTAT per la percentuale di persone con diabete sulla popolazione totale va invece a Calabria e Abruzzo con una prevalenza rispettivamente del 7,2% e del 7,4%; in termini assoluti, entrambe si trovano "solo" a metà classifica, in quanto Regioni con meno di 2 milioni di abitanti. Risulta, invece, che le "Regione meno diabetica" è la Valle d'Aosta, in fondo alla classifica tanto per numero di abitanti con diabete (poco più di 4.500) quanto per la percentuale di malati più bassa d'Italia: il 3,6%.

Ma la situazione potrebbe essere ancora peggiore di quanto non emerga dalle statistiche. "I casi reali sono probabilmente più numerosi di quelli evidenziati dall'ISTAT", ha commentato Carlo Bruno Giorda, Presidente AMD. "Si stima, infatti, che ogni 2-3 persone con diabete ce ne sia 1 che lo è senza saperlo e, applicando questa stima, si dovrebbe aumentare del 30-50% il numero dei malati, portando gli italiani con diabete non lontano dalla soglia dei 5 milioni. A Roma - prosegue Giorda - dal 29 maggio al 1 giugno si svolgerà il XIX Congresso Nazionale AMD che, al Marriot Park Hotel, prevede la partecipazione di oltre 2.000 diabetologi ed esperti provenienti dall'Italia e dall'estero, per discutere di quella che anche nel nostro Paese può essere ormai considerata una vera e propria 'epidemia', secondo questi dati."

Studi e Analisi

Piccoli ospedali. Chiusi per ragioni economiche più che per modificare l'offerta assistenziale

Le risorse disponibili non dovrebbero condizionare il destino di un piccolo ospedale, ma sono le funzioni affidate che devono determinare l'adeguatezza delle risorse ed il mantenimento delle competenze necessarie. E in questa operazione è insita la migliore attribuzione e gestione di risorse.

17 MAG - Era il 1988 quando l'allora Ministro della Sanità, Carlo Donat Cattin, in applicazione della Legge 8/aprile/1988 n. 109, disponeva una "complessa manovra di riequilibrio dei posti letto nel territorio nazionale che comprende la soppressione dei presidi con meno di 120 posti letto e che vede interessati 257 istituti per un totale di 18.443 posti letto da disattivare o riaccordare". Fu il primo tentativo di affrontare la cosiddetta questione dei "piccoli ospedali".

Da allora alcuni ospedali sono stati chiusi, altri dovranno essere chiusi o riconvertiti nel prossimo futuro, in relazione anche a quanto sancito dalla L.135/2012, che indica come "standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie".

Ecco quindi che il problema dei piccoli ospedali, tuttora non risolto, si ripropone ancora una volta in chiave di consistenza di posti letto, senza una visione globale, favorendo una contrapposizione tra popolazioni locali e amministrazioni regionali e aziendali.

Non c'è dubbio che alcune strutture siano prive dei requisiti per fornire prestazioni specialistiche, che altre siano estremamente insufficienti ed investire in risorse potrebbe rappresentare un inutile spreco. Molte strutture hanno subito negli anni un abbandono sotto i più diversi profili: del personale, delle apparecchiature, della manutenzione, dell'edilizia, tutti riconducibili alla razionalizzazione della spesa (più giusto parlare di tagli), mentre l'approccio in realtà avrebbe dovuto essere una rimodulazione dell'offerta ai fini del miglioramento della tutela della salute.

La dimensione dell'ospedale è certo importante perché concorre a determinare la capacità di erogare in modo ottimale le risorse attribuite. E la dimensione a sua volta facilita l'acquisizione di esperienza, per lo più valutata in termini di casistica (produttività) con qualità di esiti correlata, anche se non in termini assoluti, ai volumi di attività erogata.

Ma possono essere questi gli unici elementi da prendere in considerazione in un così delicato processo decisionale sul destino di una struttura? Non è operazione da effettuare con estrema cautela e competenza quella di procedere alla riconversione o alla eliminazione di una struttura ospedaliera? Si è mai provveduto a tracciare un profilo sanitario della popolazione di quell'ambito territoriale, a disegnarne i fattori epidemiologici, la mappa dei rischi, l'età anagrafica, i bisogni di salute dei residenti, i flussi di accesso alle strutture residenziali o quelli di migrazione?

Studi e Analisi

In verità l'impressione è che la riconversione o la chiusura dei piccoli ospedali, piuttosto che dettata dall'esigenza di modificare l'offerta assistenziale e renderla più appropriata e coerente ai bisogni della comunità, sia la conseguenza delle esigenze di "tagliare" per contenere la spesa sanitaria. Vale a dire un'operazione centrale che costringe alla chiusura mediante la restrizione o negazione di risorse. In pratica una condanna a morte per asfissia di un ospedale, contro la cui esecuzione si mobilitano le popolazioni e le istituzioni locali a partire dai Comuni. Venendo ad innescare in tal modo un braccio di ferro il cui risultato dipende in gran parte dal livello di forza politica e dagli interessi elettorali.

Inoltre tale restrizione o negazione di risorse comporta dei problemi di sicurezza per gli utenti, ma anche per gli operatori sanitari, Medici in primis (soprattutto Direttori di Struttura) ma anche Personale di Assistenza, addossando loro la responsabilità di esporsi ai rischi continuando ad effettuare prestazioni o di proporre la chiusura dei servizi.

Spetta alla programmazione regionale garantire il rispetto dell'erogazione dei Lea, dell'equità e della qualità delle cure. E lo strumento è la rete, ossia l'insieme dei diversi presidi ospedalieri che con le loro caratteristiche e missioni devono dare risposte alla domanda sanitaria in modo coordinato con funzioni assistenziali specialistiche diversificate, tenuto conto anche degli ambiti territoriali di riferimento.

Una volta definito il ruolo che un ospedale deve assumere nell'organizzazione della rete, dovranno essere assicurate le risorse umane professionali e tecnologiche indispensabili per poter assolvere alle funzioni attribuite.

Il processo logico è, quindi, inverso rispetto a quello fin qui seguito o ipotizzato: non sono le risorse disponibili che devono condizionare il destino di un piccolo ospedale, ma sono le funzioni affidate che devono determinare l'adeguatezza delle risorse ed il mantenimento delle competenze necessarie. E in questa operazione, che ridisegna la rete delle competenze, è insita la migliore attribuzione, gestione ed erogazione di risorse.

Per la verità un iniziale approccio alla problematica è stato avanzato con i Criteri Standard (proposti dal precedente Ministro della Salute Balduzzi ed in attesa di approvazione dal 20 dicembre scorso) che propongono una "organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere" con tre livelli crescenti (*), purtroppo senza nessun altro riferimento e complessivamente da rivedere.

In ogni caso per procedere a scelte motivate al fine di decidere il destino dei servizi sanitari di un territorio e coinvolgere, o comunque informare preventivamente, la cittadinanza e le istituzioni locali è indispensabile far riferimento ad una serie di criteri-guida. In particolare:

1. definire il numero di abitanti del bacino di utenza dell'Asl o Azienda Ospedaliera, determinato dal Comune e Comuni limitrofi
2. tracciare un profilo epidemiologico ed anagrafico della popolazione
3. censire Ospedali e Unità Operative Specialistiche presenti nel territorio
4. valutare la presenza di Pronto Soccorso e servizi per l'emergenza-urgenza
5. la Casistica storica, in urgenza e in elezione
6. le competenze professionali del personale medico, infermieristico e tecnico
7. le apparecchiature e la tecnologia
8. i flussi di prestazioni verso l'interno del territorio e verso l'esterno
9. le infrastrutture territoriali, le strade di accesso, i trasporti, la vicinanza o meno ai centri abitati, ecc.
10. la Struttura dal punto di vista edilizio, dei servizi igienici, delle camere di degenza, della sicurezza.

Studi e Analisi

Dopo questa analisi socio-epidemiologica-tecnico-sanitaria e l'informazione alla cittadinanza e sue istituzioni, il processo di riconversione/chiusura del "piccolo ospedale" con rinuncia alla struttura sanitaria sotto-casa saranno, con tutta probabilità, più facilmente accettabili.

In assenza di questi dati il sospetto è che il criterio sia solo economico e si risolva nell'ennesimo "taglio" di risorse al Servizio Sanitario presentato ingannevolmente sotto il profilo di razionalizzazione, ottimizzazione, miglioramento degli standard di sicurezza.

Fabio Florianello

Dir. Struttura Complessa Chirurgia Generale
Segr. Amm. Anaa Assomed Reg. Lombardia

*

Definizione Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera in attuazione art 1 c.169 Legge 30 dicembre 2004 n.311 e dell'art. 15, c. 13 lettera c DL n. 95 convertito dalla Legge 7 agosto 2012 n. 135

Classificazione delle Strutture Ospedaliere

• Presidi Ospedalieri di base

- o bacino di utenza tra 80.000 e 120.000 ab.
- o Dotazione di Pronto Soccorso, Medicina Interna, Chirurgia Generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva con Pronta Disponibilità H24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca
- o Letti di Osservazione breve intensiva

• Presidi Ospedalieri di I livello

- o Bacino di utenza tra 150.000 e 300.000
- o DEA di I livello con Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno) Pediatria, Cardiologia con UTIC, Neurologia, Psichiatria, Oculistica, Otorino, Urologia.
- o Servizi H24 di Radiologia con TAC ed Ecografia, Laboratorio, Immunotrasfusionale
- o Per le Patologie Complesse cardiovascolari, i traumi, lo stroke devono essere previste forme di consultazione, trasferimento immagini e protocolli e trasferimento pazienti presso centri di II livello
- o Letti di osservazione breve intensiva e sub intensiva multidisciplinare

• Presidi di II livello

- o Bacino di utenza tra 600.000 ed 1.200.000 ab.
- o DEA II livello con tutte le strutture previste per il I livello
- o Cardiologia con emodinamica interventistica, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia toracica, Maxillo-facciale, Plastica, Endoscopia Digestiva e Broncoscopia, Radiologia interventistica, Rianimazione neo-natale,
- o Servizi H24 di Radiologia con TAC, ecografia e presenza medica, Medicina Nucleare, Laboratorio, Immunotrasfusionale, altre eventuali discipline di alta specialità

• Lungodegenza e Riabilitazione

- o Attribuzione entro il limite di 0,7 % ab. ai Presidi Pubblici e Privati accreditati secondo programmazione regionale.

PARLA IL PRESIDENTE DELL'ONB

Il biologo deve diversificare

Calcatelli: bisogna puntare su settori in espansione

Ineolaureati in biologia possiedono solo una preparazione che non basta sul mercato del lavoro, dove invece conta sempre di più la specializzazione: con i laboratori di analisi in via di estinzione e l'abuso della professione di nutrizionista, il biologo deve puntare oggi ad altri settori in via di espansione. Ne è convinto il presidente dell'Ordine nazionale dei biologi, Ermanno Calcatelli, che a *ItaliaOggi* spiega le prossime mosse dell'Onb.

Domanda. Presidente, quali le priorità dell'ordine?

Risposta. Abbiamo deciso di intraprendere una linea a favore dei giovani, tenendo conto della situazione economica che stiamo vivendo. Quando escono dall'università, infatti, i giovani possiedono solo una formazione accademica che non si concilia con il mercato del lavoro. Ci vuole quindi una formazione professionale specifica per sapere su quale specializzazione puntare.

Teniamo presente che il laboratorio di analisi è in via di estinzione perché non ci sono più concorsi. Si tratta di una crisi indotta non solo dalla situazione economica, ma anche dal sistema della sanità. Per quanto riguarda invece la professione di nutrizionista, ha raggiunto un limite di saturazione e oltretutto esiste anche un problema di abuso della professione.

D. Quindi quali iniziative state prendendo?

R. Come ordine stiamo spingendo su attività già presenti nella nostra legge istitutiva ma non ancora battute, come lo studio della genetica forense, la tutela dei beni culturali, l'ambiente, la nutrizione per animali e piante. Stiamo quindi sensibilizzando i colleghi verso queste

nuove strade, anche attraverso convenzioni come quella siglata con l'Università pontificia e il Corpo forestale affinché i nostri professionisti vengano scelti per la conservazione del patrimonio delle reliquie sacre. Con l'Università Tor Vergata, invece, abbiamo attivato una scuola permanente di genetica forense dove l'ordine si assume l'onere di mantenere la struttura, mentre l'università si occupa della didattica.

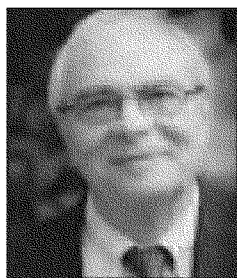
D. Per quanto riguarda la riforma delle professioni, invece, come state mettendo in pratica le nuove norme?

R. Per le assicurazioni professionali abbiamo fatto uno studio con un broker riguardo i rischi offrendo convenzioni con premi bassi a livello nazionale. Riguardo invece le società tra professionisti, siamo convinti che dovrebbe essere un punto a vantaggio dei professionisti, perché permette la suddivisione dei costi.

D. A livello politico quali sono le priorità dell'ordine?

R. Ci stiamo concentrando su più strade: la riforma dell'esame di stato, perché oggi il biologo, indipendentemente dall'indirizzo universitario da cui proviene, deve sostenere un esame con una commissione nominata dal ministero con professionisti che magari si occupano di genetica mentre il collega arriva dall'ambiente. Faremo quindi in modo che il Miur presenti commissioni con diverse tipologie di biologo, e il nuovo iscritto possa sostenere l'esame scegliendo il settore di attività. Abbiamo richiesto infine un tavolo tecnico per passare, come categoria, dal ministero della giustizia a quello della salute e diventare così una professione sanitaria.

Gabriele Ventura



Ermanno
Calcatelli



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Sanità / 2 L'appello di Lonardo

«Medicina nucleare, la Regione fermi un'assurda transumanza»

Medicina nucleare, Lucio Lonardo, nella sua veste di oncologo, fa suo e rilancia l'appello degli ammalati e delle loro famiglie affinché la Regione riveda le scelte in materia di distribuzione dei budget, che stanno costringendo tanti sanniti a penose trasferte per sottoporsi in altre province alla Tac-Pet e alla scintigrafia. «Il budget dell'Asl Bni per questi esami si è esaurito già dopo il primo trimestre dell'anno e ora i pazienti sanniti, per lo più oncologici sono costretti a transumanze in altri centri campani in quanto quelli locali hanno la possibilità di somministrare i presidi diagnostici nucleari solo a pagamento. Per la Regione - sottolinea il medico - non c'è alcun risparmio visto che comunque dovrà pagare un centro accreditato piuttosto che un altro e comunque a medesima tariffa».



Il medico Lucio Lonardo

Per le famiglie, invece, l'aumento di spesa a causa dei trasferimenti è notevole; ma soprattutto, «con che spirito deontologico si costringe il paziente, spesso devastato dagli effetti della chemioterapia e della fatica neoplastica, a sobbarcarsi il disagio fisico di una trasferta aerea economica? Un noto aforisma recita

che la sanità è una cosa troppo seria perché se ne possa occupare la politica ma è ancor peggio se finiscono per occuparsene burocrati e ragionieri, con tutto il rispetto per la categoria. Nulla possiamo addebitare al direttore dell'Asl Michele Rossi, peraltro valente medico, ma senz'altro i vertici regionali dovrebbero farsi carico di un disagio che in alcuni casi rischia di divenire altamente drammatico con una diseguaglianza, prognostica badate bene, tra chi può permettersi le cure a pagamento e chi no, con buona pace di quel famoso articolo della Costituzione che sancisce per tutti i cittadini il diritto alla salute».

In definitiva per Lonardo «una deroga al budget sarebbe quanto mai opportuna proprio tenendo conto che al momento, per ironia della sorte, è proprio il popolo sannita ad essere spinto sotto le Forche Caudine, pardon, partenopee rischiando di veder compromessa la propria attesa di qualità della vita. Rappresentanza regionale sannita, se ci sei - conclude l'oncologo - batti un colpo!».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nomine al Ruggi: il Tar accorcia i tempi

La Prefettura chiede istruzioni su come intervenire. Lettera di Pasquino ai giudici, esposto in Procura dei sindacalisti

di Barbara Cangiano

L'udienza del Tar sul caso dell'Azienda ospedaliera universitaria è stata anticipata: la camera di consiglio (relatore Francesco **Mele**, secondo e terzo componente Antonio **Onorato** ed Ezio **Fedullo**) si riunirà domani e non più il 6 giugno. A dare l'accelerazione è stata una nota depositata ieri mattina presso gli uffici di largo San Tommaso d'Aquino, dal prefetto Gerarda Maria **Pantalone** che era stata indicata quale organo terzo deputato a nominare un commissario ad acta in caso di mancato accordo tra Università e Regione sulla scelta del direttore generale. Prima di esercitare il potere sostitutivo, il prefetto ha chiesto «chiarimenti in ordine all'ampiezza del mandato e alla specifica attività in cui debba sostanziersi l'incarico». Praticamente una sorta di «manuale di istruzioni per l'uso» che ha spinto il Tribunale amministrativo regionale ad anticipare la camera di consiglio. Una scelta che ha incassato l'immediato consenso della Regione, perchè, hanno fatto sapere da Napoli, la priorità è chiudere al più presto la partita. Il presidente **Caldoro**, da quanto si è appreso, ha dunque deciso di «congelare» il decreto con il quale nella giornata di ieri avrebbe nominato Elvira **Lenzi** commissario del «Ruggi», previa intesa con lo stesso Palazzo di Governo, lasciando alla camera di consiglio una responsabilità che non si è assunta Palazzo di Governo, per ora parzialmente sgravato dal peso di un ruolo politicamente scomodo. A precedere l'ennesima puntata di quella che è diventata una odissea, una memoria al vetricolo, presentata da Raimondo **Pasquino** al Tar, nella quale il rettore ha stigmatizzato il mancato rispetto di quanto imposto dal decreto presidenziale e la scelta della Prefettura di prendere tempo.



L'ingresso dell'Azienda ospedaliera universitaria

Ma la battaglia è destinata a spostarsi anche in altre aule di giustizia: ieri le rappresentanze sindacali unitarie del «Ruggi», in attesa del sit in di protesta previsto per domani in via San Leonardo, hanno infatti presentato in Procura il terzo esposto per interruzione di pubblico servizio e per il danno d'immagine «prolungato ed ininterrotto» legato alla mancata nomina del direttore ed all'assenza di quello sanitario ed amministrativo che, in oltre un anno di reggenza, Elvira Lenzi non ha voluto designare, «provocando di fatto l'impossibilità di sostituire l'organo dirigenziale». Se ne è discusso anche ieri a Napoli, in un incontro con il sub commissario **Morlacco**, a cui le segreterie regionali dei sindacati ospedalieri hanno chiesto di istituire un tavolo di crisi urgente dedicato al «Ruggi», anche perchè, ha ribadito Margaret **Cittadino** della Cgil, «si gioca sulla pelle dei pazienti e degli studenti di Medicina». «Ora basta» è il titolo scelto dai futuri medici per contrassegnare una lettera aper-

ta con la quale si chiede a Caldoro di individuare un nome che non sia quello di Elvira Lenzi, «che ci ha cacciato dall'ospedale, facendo fin dall'inizio ostruzionismo nei confronti dell'Università», ha spiegato il rappresentante Nicola **Virtuoso**, pronto con i suoi colleghi ed i docenti a scendere in piazza per protestare contro la Regione.

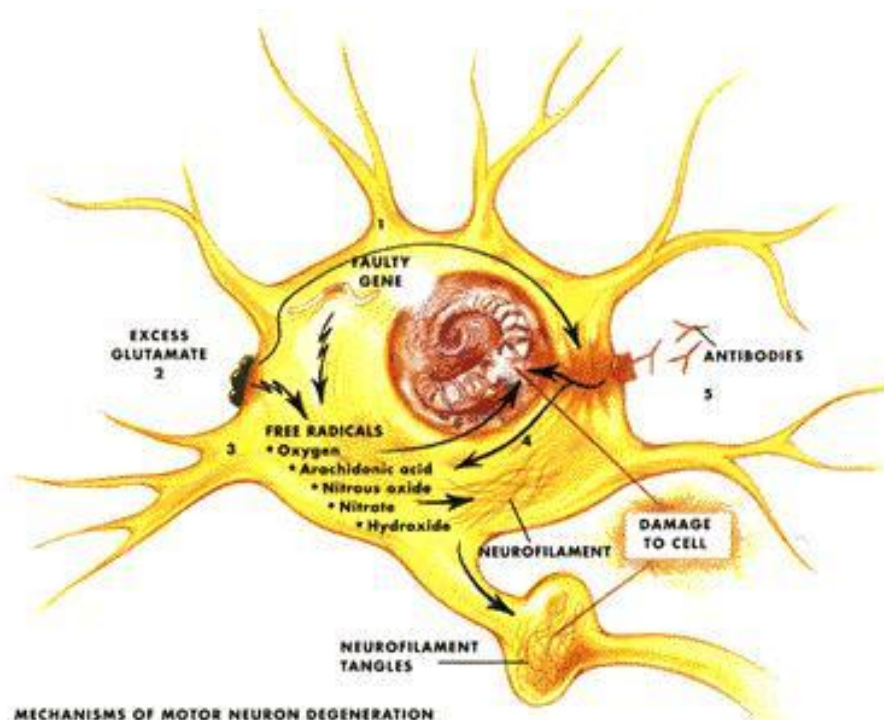
Lo scontro, com'era prevedibile, è diventato anche il pretesto per un fuoco incrociato tra Pdl e Pd. I senatori Franco **Cardiello** ed Enzo **Fasano**, sposando la causa di Caldoro, hanno invitato l'ateneo a ragionare sui problemi e non sui nomi, mentre per il consigliere regionale Antonio **Valiante**, il commissariamento deciso dal presidente è illegittimo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Cancro al fegato, nuovo vaccino dal «Pascale»

In laboratorio

L'Ue finanzia un progetto di ricerca 6 milioni di euro contro un big-killer. Pedicini: un premio all'eccellenza

Marisa La Penna

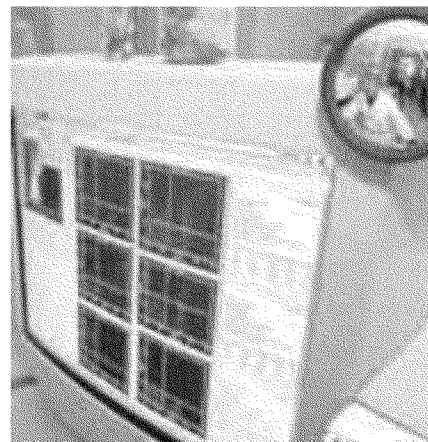
È la terza causa di morte per cancro negli uomini. E la quinta per le donne. Parliamo del carcinoma epatocellulare, tumore-killer del fegato, seicento casi diagnosticati ogni anno in Campania (che detiene il triste primato delle epatiti, causa scatenante di questo tipo di cancro). Il «Pascale» tente-

rà di sconfiggerlo. Con un vaccino terapeutico per la cui realizzazione ha vinto un finanziamento europeo di 6 milioni di euro.

Destinatario del riconoscimento - che prende il nome di "Cancer vaccine development for hepatocellular carcinoma" - è Luigi Buonaguro, dirigente medico dell'Unità di Biologia Molecolare ed Oncogenesi Virale dell'Istituto Nazionale Tumori di Napoli. Il progetto avrà la durata di 5 anni ed ha lo scopo, appunto, di sviluppare un vaccino terapeutico per il carcinoma epatocellulare che è il tumore maligno primitivo del fegato più comune e che rappresenta il 6% di tutti i nuovi casi di cancro diagnosticati nel mondo. Nella seconda parte del progetto è previsto un trial clinico coordinato dal Francesco Izzo, direttore di Chirurgia Oncologica addominale ad indirizzo epatobiliare.

I tassi di incidenza del carcinoma epatocellulare negli uomini europei è di otto casi ogni 100mila abitanti, con un picco nel Sud Europa del 10,5 per 100mila. La prognosi è infausta, con un tasso di sopravvivenza a 5 anni di circa il 5-6%.

I principali fattori di rischio per questo tipo di tumore, come detto, sono le infezioni croniche indotte dalle epatiti B e C. Si stima che nel mondo ci siano circa 500 milioni di soggetti affetti da infezione cronica da B e circa 170 milioni affetti da infezione cronica da C. Circa il 5-10% di tali soggetti sono destinati a sviluppare nel tempo (20-30 anni) il carcinoma epatocellulare. A tal proposito, la vaccinazione preventiva per l'epatite B è uno strumento validissimo per evitare le nuove infezioni, e quindi lo sviluppo di carcinoma, nelle giovani ge-



nerazioni, ma non ha alcun effetto sui soggetti già infetti. Per l'epatite C un vaccino preventivo, purtroppo, non è ancora stato sviluppato. «La maggior parte dei pazienti arriva all'osservazione ad uno stadio della malattia che preclude approcci chirurgici e può essere trattata solo con terapie loco-regionali. In tali casi, però, i benefici di sopravvivenza si osservano solo nel 10 al 30% dei casi, mentre le recidive si verificano entro i primi due anni» ha spiegato il dottor Buonaguro.

«Questo risultato - ha dichiarato, con soddisfazione, il direttore generale del Pascale, Tonino Pedicini - rappresenta un notevole riconoscimento alle professionalità di ricerca sperimentale e clinica del nostro Istituto. I nostri ricercatori si propongono ancora una volta ai massimi livelli della ricerca internazionale per le strategie immunoterapeutiche e vaccinali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso Riconosciuta l'eccellenza medica napoletana. Si lavorerà per prevenire i carcinoma epatocellulare

Pascale al lavoro per vaccino anticancro

L'Europa incarica l'istituto e concede fondi per sei milioni di euro

NAPOLI - Sei milioni di euro per un progetto ideato e coordinato dal Pascale (Istituto nazionale per i tumori) e cinque anni per sviluppare un vaccino terapeutico contro il carcinoma epatocellulare. Un riconoscimento importante per un ospedale che non più tardi di due mesi fa si è trovato a lottare per la propria sopravvivenza, visti i paventati tagli in bilancio legati alla spending review sanitaria.

E invece, grazie al lavoro dei ricercatori e di tutto il management dell'istituto, da Napoli si apriranno nuovi spiragli per la cura di questo gravissimo tumore del fegato. Si tratta infatti del cancro maligno più comune: a livello mondiale la terza causa di morte per tumore negli uomini e la quinta nelle donne, con picchi spaventosi nel

circa due milioni di euro. Si tratta in sostanza di un progetto che verrà portato avanti in equipe con gli altri partner provenienti da Germania, Francia, Inghilterra, Spagna e Belgio, e l'istituto napoletano lavorerà per 60 mesi con il solo scopo di arrivare alla fine alla creazione di un vaccino terapeutico (vale a dire un vaccino da somministrare a pazienti già in cura). Solo così, centinaia di migliaia di persone nel mondo potranno avere la speranza di una maggiore aspettativa di vita. Va detto che delle 98 proposte presentate all'Ue ne sono state selezionate solo cinque e questa è l'unica che sarà coordinata dall'Italia.

Per il direttore generale Tonino Pedicini «è la conferma dei livelli d'eccellenza ai quali è giunta la ricerca internazionale dei ricercatori del Pascale per le strategie immunoterapiche e vaccinali», oltre che «un'opportunità per posizionarci ancora di più nell'élite scientifica nazionale e internazionale». Il progetto prevede anche una seconda fase, con una sperimentazione clinica dei risultati raggiunti, coordinata da Francesco Izzo, direttore della struttura complessa di Chirurgia oncologica addominale. «Se l'esito sarà positivo - precisa Buonaguro - occorreranno dai 15 ai 20 anni per arrivare alla creazione di un farmaco vero e proprio». Il direttore scientifico Gennaro Ciliberto rimarca il lavoro costante svolto negli anni dal Pascale, perché «in una fase di ristrettezze economiche - dice - si può rispondere solo puntando sulla competitività. Risultati come questo si raggiungono se c'è una forte credibilità dei ricercatori e della struttura».

Raffaele Nespoli

Il riconoscimento

Pedicini: è la conferma dei livelli d'eccellenza ai quali è giunta la ricerca internazionale del Pascale per le strategie vaccinali

Mezzogiorno d'Italia e in particolare in Campania. Nella nostra regione sono infatti circa 600 i nuovi casi che si registrano ogni anno.

«Tra i principali fattori di rischio ci sono le infezioni croniche causate dalle epatiti B e C - spiega Luigi Buonaguro, dirigente medico dell'unità di Biologia molecolare e Oncogenesi virale dell'istituto tumori partenopeo -, il 5 - 10 per cento dei soggetti affetti da queste infezioni sono destinati nell'arco di 20 o 30 anni a sviluppare un carcinoma epatocellulare».

Dati allarmanti se si considera che ad oggi esiste un vaccino solo per l'epatite B, mentre non esiste nulla di simile contro l'epatite C. Dei sei milioni finanziati, il Pascale riceverà una quota di



Un progetto quello del Pascale che verrà portato avanti in equipe con gli altri partner provenienti da Germania, Francia, Inghilterra, Spagna e Belgio, e l'istituto napoletano lavorerà per 60 mesi con il solo scopo di arrivare alla fine alla creazione di un vaccino terapeutico





Ricerca, intesa tra Cnr e imprese: in rete tutti i brevetti pubblici

Di **CRISTIAN FUSCHETTO**

È come avere un tesoro e lasciarlo impolverare in cantina. In Italia ci sono almeno mille brevetti frutto di ricerca pubblica e già brevettati presso l'Ufficio europeo (Epo), un tesoro appunto, ma di fatto inaccessibile per gran parte delle imprese che potrebbero tradurlo in ricchezza. Migliaia di posti di lavoro rigorosamente potenziali che, in mancanza di un'adeguata comunicazione del lavoro già svolto dai centri di ricerca, sono destinati a rimanere tali.

Ma al paradosso della ricerca nascosta, se ne aggiunge anche un altro. Anche quando i dati sono "open", sono cioè online e disponibili a tutti, sono scritti in un linguaggio esoterico, comprensibile solo agli addetti ai lavori. Ecco, proprio per portare le invenzioni direttamente a casa delle aziende, Unioncamere, Cotec (Fondazione per l'innovazione tecnologica) e Consiglio Nazionale delle Ricerche (Cnr), hanno siglato ieri un'intesa per "favorire la realizzazione di azioni comuni per lo sviluppo scientifico e tecnologico del Paese".

Nicolais: Basta con gli esoterismi

L'iniziativa parte da una semplice considerazione: molte università e istituti di ricerca, in primis Cnr e Enea, non solo hanno già dei propri data base delle tecnologie prodotte e brevettate su base europea dai propri scienziati, ma le hanno già messe in rete. Sono cioè disponibili gratuitamente a tutti.

Ma c'è un ma. "Questa modalità - spiega il numero uno del Cnr **Luigi Nicolais** (nella foto) - comporta comunque una serie di difficoltà, legate sia alla descrizione del brevetto contenuta nelle schede, spesso in linguaggio strettamente scientifico, sia al fatto che la consulta-



GLI ENTI PIÙ PROLIFICI

Ente di ricerca	Brevetti
Cnr	117
Politecnico di Milano	86
Università La Sapienza	49
Università di Bologna	37
Università di Siena	27
Politecnico di Torino	22
Altri	743

I centri di ricerca del Sud sono in ritardo sul fronte della brevettazione

zione di ulteriori database, sviluppati da società del settore, è nella maggior parte dei casi a titolo oneroso. Il che praticamente significa rendere impossibile all'impresa ottenere il quadro completo dell'offerta di brevetti da parte delle strutture pubbliche di ricerca".

Dalla farmacologia alla green economy

Per superare queste difficoltà il progetto si occuperà di raggiungere quattro obiettivi: predisporre schede di facile consultazione dei singoli brevetti, corredandole con una descrizione chiara ed accurata del suo utilizzo e dell'esistenza o meno di accordi di licenza del brevetto; dello copertura territoriale del brevetto e dei suoi possibili settori di applicazione; dei vantaggi conseguibili con il suo sfruttamento rispetto alle soluzioni tecnologiche esistenti nonché delle azioni richieste per l'industrializzazione.

Strumento essenziale per costruire il ponte tra ricerca e aziende è inoltre lo sviluppo del portale di Dintec, la società informatica del siste-

ma camerale e il coinvolgimento dei Consorzi Fidi allo scopo di reperire le risorse necessarie per procedere nell'attuazione delle innovazioni. Mettere le conoscenze in rete produce effetti che il buon Vico rubricerebbe nella categoria dell'eterogenesi dei fini. È possibile che, ad esempio, un'innovazione nel campo delle biotecnologie torni utile alle imprese agricole o a quelle della green economy, oppure un brevetto farmaceutico (131 le richieste italiane all'Epo) venga sfruttato per realizzare un nuovo prodotto cosmetico.

Si parte con i brevetti targati Cnr

"Il progetto prevede una prima fase - sottolinea **Ferruccio Dardanella**, presidente di Unioncamere - nella quale verranno elaborati i modelli di schede da inserire nel sistema informativo e in cui verrà progettata l'attività di comunicazione e di pianificazione economico-finanziaria".

I risultati di questa fase pilota verranno presentati il prossimo giugno in occasione della Giornata dell'innovazione. In questo primo step la sperimentazione verrà attuata solo sui 117 brevetti depositati all'Epo dal Cnr, "nella convinzione - precisa Nicolais - che esso diventi uno strumento valido per tutto il sistema della ricerca pubblica, attraverso l'adesione di altri soggetti, a partire dalle università e dagli altri istituti pubblici di ricerca". ●●●

Malattie cardiovascolari. Un cerotto supersensibile monitora il battito cardiaco

Il dispositivo, creato negli Stati Uniti, potrebbe arrivare a sostituire tutti gli altri strumenti di controllo delle pulsazioni: è più sottile di un foglio di carta, più piccolo di un francobollo e abbastanza sensibile da individuare i problemi di cuore e arterie prima che diventino patologia. E presto potrebbe diventare anche wireless.

22 MAG - Da sempre le pulsazioni del cuore umano sono usate dai medici come strumento per monitorare lo stato di salute dei propri pazienti. Ma presto, il battito cardiaco potrebbe essere monitorato con strumenti molto più tecnologici di un dito sul polso o di uno stetoscopio, e molto più piccolo di un macchinario per l'elettrocardiogramma: una docente dell'Università di Stanford ha infatti ideato un monitor cardiaco più sottile di un foglio di carta e non più grande di un francobollo. Il minischermo flessibile, simile a una "doppia pelle", può essere attaccato con un cerotto sul polso e potrebbe aiutare a riconoscere la presenza di irrigidimento nelle arterie o altri problemi cardiovascolari, anche in quei pazienti più problematici come i neonati o i pazienti chirurgici ad alto rischio. Il dispositivo è stato presentato sulle pagine di [Nature Communications](#).

Quando il sensore viene posato sul polso, può misurare come le pulsazioni cardiache si propagano attraverso l'organismo. "Il battito cardiaco è direttamente collegato alle condizioni delle arterie e del cuore, tanto che con un sensore abbastanza sensibile è possibile cogliere i primi segni di una patologia ancora prima che questa si sviluppi", ha spiegato Zhenan Bao, creatrice del dispositivo. E questo è proprio quello che può fare l'oggetto sviluppato negli Stati Uniti, se correttamente calibrato.

Un sistema non invasivo, che potrebbe sostituire i cateteri intravascolari che ad oggi sono usati nella pratica clinica: strumenti che vanno inseriti direttamente nelle arterie, che hanno alte probabilità di far sviluppare infezioni, e che dunque non sono adatti ai pazienti appena nati o a quelli ad alto rischio.

Uno strumento che potrebbe dunque rivoluzionare la pratica clinica, soprattutto se gli scienziati riusciranno a renderlo wireless, come stanno tentando di fare. Ad oggi il sensore ha bisogno di fili elettrici per funzionare, ma presto potrebbe non essere più così, e in quel caso i dati del monitoraggio potrebbero addirittura essere consultati dai medici tramite apposite applicazioni per cellulare, o computer. "In questo modo – ha concluso Bao – i pazienti non avrebbero neanche il problema delle visite, perché le analisi potrebbero essere fatte in tempo reale semplicemente indossando un cerotto".