



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Screening e analisi: farmacia dei servizi, test in nove Regioni

Barbara Gobbi a pag. 36



La sperimentazione. Gli esercizi diventano «front office» del Ssn per una serie di prestazioni: si parte con 36 milioni, ma si punta a raddoppiare il budget per estendere il progetto al resto del Paese

Screening e analisi: farmacia dei servizi al test in 9 Regioni

Barbara Gobbi

Primo a partire ufficialmente sarà il Piemonte: da gennaio la farmacia diventerà a tutti gli effetti un "front office" del Servizio sanitario nazionale in grado di offrire un'ampia gamma di prestazioni. Dai progetti di prevenzione alle campagne vaccinali, dalla promozione dell'aderenza ai farmaci all'attivazione del fascicolo sanitario elettronico, dalla distribuzione per conto delle Asl di presidi per diabete e incontinenti al monitoraggio di pazienti in terapia anticoagulante.

Un pacchetto che configura la farmacia di comunità o «dei servizi», come è stata definita fin dalla sua istitu-

zione con legge nel 2009, ben dieci anni fa. Oggi e dopo una serie di iniziative-spot si parte in nove Regioni, per scagliarsi: il Piemonte insieme a Lazio e Puglia, poi Lombardia, Emilia-Romagna e Sicilia e infine Veneto, Umbria e Campania. Qui avverrà la sperimentazione del progetto, sulla base di linee d'indirizzo messe a punto in quattro mesi con il ministero della Salute e le associazioni di categoria. La dote di partenza sono 36 milioni di euro previsti dalla legge di Bilancio 2018, che saranno erogati in tranches legate all'effettiva messa a terra dell'iniziativa, sulla base di un cronoprogramma che le Regioni sono chiamate a inviare alla Salute entro un mese. «Ma già si pensa ad ampliare la farmacia di comunità a tutto il territorio e quindi a raddoppiare il budget - spiega il coordinatore degli assessori alla Sanità, il piemontese Luigi Genesio Icardi -: lo abbiamo chiesto nell'ac-

cordo appena licenziato con cui si dà il via all'iniziativa». Intanto, la sperimentazione servirà a testare l'utilità del progetto per i servizi sanitari regionali - e quindi per i cittadini - e a capirne la fattibilità su scala nazionale grazie a una griglia omogenea di servizi in tutto il Paese.

Il set minimo - che potrà essere arricchito - è articolato in tre aree: servizi cognitivi, servizi di front-office e analisi di prima istanza. Nei primi, fo-



Peso: 1-2%, 36-34%

calizzati su ipertensione, diabete e sulla malattia respiratoria Bpco, rientrano il monitoraggio dell'aderenza alla terapia farmacologica e la "riconciliazione" della terapia stessa. Per i servizi di front office ci si concentrerà invece sull'adesione e attivazione in farmacia da parte dei pazienti del fascicolo sanitario elettronico, documento pensato per includere tutti i dati del paziente ma ancora al palo in diverse Regioni. Infine, le prestazioni analitiche di prima istanza: verranno presi in considerazione i servizi di telemedicina (holter pressorio e cardiaco, auto spirometria ed elettrocardiogramma) e la partecipazione della farmacia alle campagne di screening per il tumore del colon retto. Primi destinatari dei servizi sono i pazienti fragili: non a caso il nuovo ruolo della farmacia è previsto già nel Patto per la salute e nel Piano nazionale cronicità. Ma per tutti i cittadini, in generale, la

farmacia dovrà diventare in prospettiva un presidio sociosanitario polivalente, nodo di una rete di cui fanno parte in prima battuta medici di medicina generale, pediatri e infermieri. Capillarità ed erogazione sinergica dei servizi sul territorio sono la doppia carta da giocare per avvicinarsi al paziente, favorirne l'empowerment - cioè la capacità di curarsi e assumere correttamente la terapia scongiurando ricadute e peggioramenti della malattia con aumenti dei costi dell'assistenza - e scongiurare gli accessi impropri al Pronto soccorso.

La sperimentazione permetterà anche di valutare gli effetti del progetto e di tararsi su risparmi e costi, inclusa ovviamente la remunerazione dei farmacisti che vorranno aderire. «I listini - spiega il presidente di Federfarma Marco Cossolo - vanno concordati con la singola Regione. Ma nel complesso - precisa - ci tengo a sotto-

lineare il cambio di passo professionale in forma di counseling, di attività di prevenzione e di contributo all'abbattimento delle liste d'attesa, che per il farmacista si prefigura». Ovviamente per poter garantire servizi "di comunità" fin dall'arruolamento del paziente i farmacisti andranno adeguatamente istruiti: la partecipazione alle singole iniziative darà loro diritto ai "crediti" acquisibili nell'ambito della formazione sul campo. E qui entra in campo l'Ordine professionale, da sempre in prima linea nella promozione del nuovo modello.

I servizi base che saranno erogati

La lista dei servizi minimi erogabili dalle farmacie di comunità

SERVIZI IN SPERIMENTAZIONE	PATOLOGIE/ATTIVITÀ IN SPERIMENTAZIONE
SERVIZI COGNITIVI	
Riconciliazione della terapia farmacologica	Ricognizione terapia farmacologica
Monitoraggio dell'aderenza	Ipertensione BPCO Diabete
SERVIZI DI FRONT-OFFICE	
Servizio fascicolo sanitario elettronico	Attivazione fascicolo sanitario elettronico Arricchimento fascicolo sanitario elettronico Consultazione fascicolo sanitario elettronico
ANALISI DI PRIMA ISTANZA	
Servizi di Telemedicina	Holter pressorio Holter cardiaco Auto-Spirometria ECG
Supporto allo Screening del sangue occulto nelle feci per la prevenzione del tumore del Colon retto	Coinvolgimento del paziente e consegna del kit e materiale informativo Ritiro kit



LUIGI ICARDI
Assessore Piemonte e coordinatore assessori alla Sanità



MARCO COSSOLO
Presidente Federfarma



Non solo Farmaci. La sperimentazione porterà più servizi nelle farmacie



Peso: 1-2%, 36-34%

L'ultima fotografia di Iqvia

Spesa farmaceutica, payback sale ancora: 1,3 miliardi

Marzio Bartoloni

Il 2019 per la spesa farmaceutica si potrebbe chiudere con uno sfioramento *monstre* di 2,6 miliardi. Un disavanzo più alto di quanto stimato solo pochi mesi fa (2,4 miliardi) che farà pagare un conto più salato alle aziende farmaceutiche chiamate a ripianare il 50% dell'eccedenza della spesa (il famoso payback) per un totale di circa 1,3 miliardi (100 milioni in più rispetto alle stime di luglio). Mentre la restante parte verrà invece ripianata dalle Regioni in base al loro superamento del budget assegnato.

L'ultimissimo aggiornamento, ormai più che verosimile, arriva da Iqvia, provider globale di dati sanitari, sulla base della spesa dei primi sei mesi di quest'anno. E mostra ancora una volta come il tetto da 7,6 miliardi di spesa per gli acquisti diretti di farmaci (ridotto tra l'altro dal 6,89% al 6,69% del totale fabbisogno sanitario) non sarà sufficiente e la spesa farmaceutica volerà ben oltre i 10 miliardi. In particolare il disavanzo della spesa ospedaliera per il 2019 sarà di circa 2,6 miliardi di euro, ulteriormente aumentato rispetto ai 2,1 miliardi dell'anno scorso. Numeri che cozzano con quelli della spesa convenzionata - quella con la ricetta rossa - dove invece non solo non ci sarà sfondamento ma si resterà ben al di sotto del tetto, con oltre 800 milioni di avanzo.

«Ormai il dato è evidente. Da una parte c'è uno sfioramento e dall'altro un avanzo. Mi sembra chiaro che ci sia un problema di corretta allocazione delle risorse che si può superare

rimodulando i tetti e rendendoli comunicanti. Questo non risolve il nodo delle risorse non sufficienti, ma almeno lo attenuerebbe», avverte il presidente di Farindustria, Massimo Scaccabarozzi. Che ricorda il patto concluso nei mesi scorsi con le Regioni quando si è trovato l'accordo sul payback 2013-2017 che ha pesato sui fatturati delle farmaceutiche per 2,3 miliardi. «Noi abbiamo rispettato quell'intesa ora chiediamo che si dia concretezza a quell'accordo che prevedeva appunto la rimodulazione dei tetti. E su questo fronte mi pare che ci siano segnali positivi del Governo che se volesse potrebbe già far scattare il restyling dei tetti per la spesa farmaceutica del 2019».

A pesare sull'aumento della spesa (+5,6 rispetto al 2018) c'è il fatto - avverte Iqvia - che durante il 2019 alcuni farmaci oncologici perdono lo status e i benefici dell'innovatività, che dura tre anni. Mentre per quanto riguarda la spesa diretta per i farmaci di classe H (somministrati soltanto in ospedale), al netto degli innovativi, Iqvia prevede che l'aumento della spesa rallenterà rispetto agli anni precedenti (+1,9%). Infatti, nel 2019, i nuovi lanci di farmaci non avranno un impatto significativo e, inoltre, il recente ingresso sul mercato di biosimilari e altri generici avranno un impatto positivo sulla riduzione della spesa. Per quanto riguarda poi gli acquisti diretti di farmaci di classe A, si prevede un trend in aumento (+5%), passando da 4,0 a 4,2 miliardi di euro.

Riguardo infine la spesa convenzionata, Iqvia prevede che, nel 2019,

esaurito l'effetto delle «genericazioni più importanti», questa tornerà a crescere (+0,9%), pur portando comunque a un risparmio di 811 milioni di euro rispetto al tetto.

Nessun sfioramento invece per i due fondi da 500 milioni: quello sui farmaci innovativi non oncologici (la spesa si fermerebbe intorno ai 350 milioni) e quello sugli oncologici innovativi che dovrebbe cubare circa 500 milioni.

Anche per Sergio Liberatore, Ad di Iqvia Italia, è necessario rivedere i meccanismi che governano la spesa: «Il payback ha un impatto molto pesante sui bilanci delle aziende farmaceutiche. Sarebbe, invece, importante cominciare a valutare il costo dei farmaci in relazione all'effetto che hanno sulla spesa sanitaria. I farmaci innovativi consentono infatti il miglioramento dello stato di salute e la conseguente riduzione delle spese di assistenza e ricovero».



MASSIMO SCACCABAROZZI
Presidente
Farindustria



Peso: 14%

La sanità

Moscati senza autorizzazione pressing di Festa sui vertici Asl

Il Comune chiama l'Asl alla chiusura del procedimento di autorizzazione dell'ospedale «Moscati». A 10 anni dall'inaugurazione della Città Ospedaliera di Contrada Amoretta, come documentato ieri da «Il Mattino», manca ancora il parere della commissione tecnica multidisciplinare di via degli Imbimbo sulla sussistenza di tutti i requisiti igienici e strutturali per l'esercizio

dell'attività sanitaria. Una vera e propria bomba, che deflagra anche sul capo del sindaco Gianluca Festa, e del dirigente appena nominato al settore, Vincenzo Lissa, e che coglie l'amministrazione di sorpresa. Il Comune, infatti, è l'ente che rilascia l'autorizzazione dopo il via libera dell'Asl. Ma la questione si trascina da anni. «Non appena gli uffici mi sottoporranno formalmente la

questione – rilancia il primo cittadino – non farò mancare il mio contributo».

Servizio a pag. 27

I servizi

Caso Moscati, Festa chiama l'Asl

LA SANITÀ Flavio Coppola

Il Comune chiama l'Asl alla chiusura del procedimento di autorizzazione dell'ospedale «Moscati». A 10 anni dall'inaugurazione della Città Ospedaliera di Contrada Amoretta, come documentato ieri da «Il Mattino», manca ancora il parere della commissione tecnica multidisciplinare di via degli Imbimbo sulla sussistenza di tutti i requisiti igienici e strutturali per l'esercizio dell'attività sanitaria. Una vera e propria bomba, che deflagra anche sul capo del sindaco Gianluca Festa, e del dirigente appena nominato al settore, Vincenzo Lissa, e che coglie l'amministrazione di sorpresa. Il Comune, infatti, è l'ente che rilascia l'autorizzazione dopo il via libera dell'Asl. Ma la questione si trascina da anni. «Non appena gli uffici mi sottoporranno formalmente la questione – rilancia il primo cittadino – non farò mancare il mio contributo. Fermo restando – precisa – che la questione attiene all'Asl e ai settori tecni-

ci dell'ente. Come massima autorità sanitaria, il sindaco firma solo l'autorizzazione al termine dell'iter».

Festa, dunque, passa la palla al dirigente. Appena nominato alla guida del settore sanitario di Piazza del Popolo, Vincenzo Lissa, si dice comunque risoluto: «Solleciteremo, per ciò che è di nostra competenza, l'Asl ad accelerare, per chiudere questo importantissimo procedimento. È una vicenda nella quale bisogna andare fino in fondo». Anche perché fino a quando l'idoneità del Moscati all'esercizio dell'attività sanitaria non sarà messa nero su bianco in maniera definitiva, un'ombra pesante graverà sulle prestazioni del più importante, e moderno, ospedale della provincia di Avellino.

Il capogruppo dell'opposizione a Piazza del Popolo, Luca Cipriano, sottolinea proprio questo: «Siamo preoccupati, perché una struttura sanitaria così importante, in provincia e in regione, viene messa a rischio da una proce-

dura che non è stata completata in tanti anni. Il sindaco ha l'autorevolezza e anche il compito di sollecitare l'Asl ad una rapidissima soluzione - dice - Poi toccherà al Comune, per la propria parte, procedere in maniera ancora più veloce. L'ipotesi di una chiusura sarebbe clamorosa e gravissima. Nessuno se ne lavi le mani».

Quando la Città Ospedaliera venne inaugurata, nel dicembre del 2010, al timone c'era Giuseppe Rosato. Che non usa giri di parole: «L'Asl deve stringere i tempi e chiudere l'iter. Solo così possiamo assicurare utenti e operatori. È un fatto di chiarezza e di



Peso: 1-5%, 27-37%

tranquillità che andrà a beneficio di tutti». Le uniche tre strutture che risultano autorizzate agli atti del Comune, tra l'altro, otterranno il via libera proprio sotto la sua gestione. Rosato scommette sul fatto che l'inghippo sia esclusivamente amministrativo. «All'epoca – ricorda – accelerai sulla chiusura del Moscati di viale Italia e sulla conseguente apertura della Città ospedaliera perché, nel primo plesso, avevo avuto 10 visite dei Nas in poche settimane. Per quanto ricordi, l'Asl ispezionò subito quasi tutti i reparti del nuovo ospedale, ma credo che il percorso si stato rallen-

tato da una serie di avvicendamenti interni all'Azienda sanitaria locale. Per quanto riguarda i requisiti, credo che di fatto il Moscati sia messo meglio degli altri ospedali, a partire dall'autorizzazione antincendio». Ma c'è anche un altro caso che continua a tenere banco nella vicenda. E riguarda la proprietà dei suoli su cui sorge la struttura di Contrada Amoretta. Anche qui, Rosato sottolinea la necessità di chiudere la partita: «I suoli della Città Ospedaliera sono ancora del Comune, mentre quelli di viale Italia sono della Regione. L'allora commissario di Piazza

del Popolo, Cinzia Guercio, approvò ben due delibere per lo scambio delle proprietà. Ma ad oggi nessuno ha dato seguito a quei provvedimenti». Anche qui, per Rosato, il Comune può e deve darsi una mossa. Questa mattina, proprio presso l'Asl, il sindaco Festa incontrerà il manager Maria Morgante sulla vicenda Autismo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

► Il sindaco pronto a sottoporre alla manager Morgante la vicenda della mancata autorizzazione al plesso ospedaliero ► Si mette in moto anche il dirigente Lissa: «Andremo fino in fondo» Cipriano: «Nessuno se ne lavi le mani». Rosato: «Svolta anche sui suoli»



LA VISITA Il sindaco Festa con il direttore generale Pizzuti durante un'iniziativa al Moscati



Peso: 1-5%, 27-37%

Terapie a rischio per mille bambini si apre il confronto Asl-associazioni

LA SANITÀ

Faccia a faccia tra centri di riabilitazione e Asl. Dopo la protesta delle mamme di giovedì scorso dinanzi al distretto sanitario di Nocera Inferiore, si riunisce stamattina il tavolo tecnico per discutere dello sfioramento dei tetti di spesa assegnati ad alcune strutture accreditate, che stando all'Anpric coinvolge circa mille bambini con varie patologie, a rischio stop alle terapie. Tra i punti in discussione il fatto che l'azienda sanitaria di Salerno per questo settore ha 5 milioni di fondi in meno rispetto alla media regionale.

IL TRATTAMENTO

Nella riunione i rappresentanti dei centri di riabilitazione porranno inoltre, una serie di richieste. Tra queste c'è l'equità di trattamento dei distretti sanitari nei confronti di tutti i centri; il fabbisogno per le cure ambulatoriali e domiciliari calcolato a livello provinciale; conoscere i dati sulle liste di attesa e censire i rinnovi delle terapie bloccate; la garanzia di continuità delle cure interrotte. Ma anche il superamento dalla sperequazione che danneggia la provincia. Stando a quanto sostengono i centri infatti, i fondi per la riabilitazione assegnati al-

la Asl di Salerno sarebbero fortemente al di sotto della media regionale: in Campania la spesa pro-capite è di 37,78 euro, a Salerno invece è di 33,19 euro. Si tratta di 4,59 euro in meno a persona, che significano per la riabilitazione salernitana la bellezza di oltre cinque milioni in meno rispetto a quelli che dovrebbe avere rispettando la media regionale. «Ecco perché a Salerno vengono superati i tetti di spesa e quindi negate o interrotte le cure riabilitative a chi ne ha bisogno – sostengono – Legittimo che qualcuno si chieda se i malati di Salerno sono di serie B».

LA CAMPAGNA

Con l'arrivo dell'autunno, nel frattempo, anche l'influenza è ormai alle porte, così anche l'Asl di Salerno si prepara alla prossima campagna di vaccinazione che partirà martedì prossimo. In attesa dell'arrivo della prossima influenza però, grazie anche ai cosiddetti virus cugini, già tanti salernitani stanno ricevendo in questo inizio di autunno un assaggio dei primi acciacchi di stagione, sostenuti da un mese di ottobre dal clima ballerino, con significativi sbalzi termici, che hanno favorito un incremento delle sindromi parainfluenzali. Diventa quanto mai utile perciò, prepararsi all'arrivo del freddo e dei suoi malanni. Le campagne di vaccinazione nell'Asl di Salerno, in ogni caso, negli ultimi anni, hanno fatto registrare sempre

una larghissima adesione, nonostante il calo nel trend e nelle percentuali di soggetti che hanno fatto ricorso all'immunizzazione a cui si è assistito in Italia di recente. Lo scorso anno sono state coperte circa 190mila persone, per una percentuale del 63 per cento di over 65enni raggiunti. Nel 2016, invece, su una popolazione di 217 mila ultrasessantacinquenni, ne erano stati vaccinati 135 mila, per una percentuale che si attestava al 62,1 per cento. Occhio, comunque, a non confondere il raffreddore con l'influenza. I sintomi sono febbre alta, dolori muscolari e articolari, spossatezza, rinorrea (il naso che cola), e vari sintomi respiratori. Solitamente si guarisce nel giro di una settimana, ma la tosse può durare più a lungo. Nei bambini l'influenza dura normalmente qualche giorno in più. L'unico modo per prevenirla è la vaccinazione, raccomandata per over 65, donne nel secondo e terzo trimestre di gravidanza, persone con patologie croniche dell'apparato respiratorio, cardiocircolatorio, diabete, insufficienza renale, immunodepressione anche farmacologica o da Hiv, epatopatie.

Sa. ru.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I CENTRI DI RIABILITAZIONE
CHIEDONO EQUITÀ
DI TRATTAMENTO
«A SALERNO ASSEGNATI
FONDI AL DI SOTTO
DELLA MEDIA REGIONALE»**



Peso: 20%

Il dramma dei 1800 detenuti-pazienti Vertice Asl e direttori dei penitenziari

LA GIUSTIZIA / 1**Ornella Mincione**

È stato un primo incontro conoscitivo quello avvenuto ieri mattina all'Asl di Caserta, tra il direttore generale dell'azienda Ferdinando Russo e il provveditore regionale dell'amministrazione penitenziaria Antonio Fullone, insieme a tutti i direttori delle carceri casertane, vale a dire quelle di Santa Maria Capua Vetere, Arienzo, Aversa e Carinola.

Un primo incontro «necessario», come lo ha definito il manager dell'Asl Russo, «per fare luce sulla situazione complessa della provincia casertana. L'idea è quella di creare una sorta di 'modello' per integrare la medicina penitenziaria alla sanità pubblica, del territorio e inquadrare il paziente detenuto negli stessi schemi del paziente 'libero'. In pratica, acquisire uno stesso governo clinico che possa prevedere la malattia cronica, quella oncologica, quella psichiatrica, quella proveniente da infezione e così via». Ecco perché si sta pensando ad «diario clinico del paziente detenuto», continua ancora Russo che precisa: «questa è stata una riunione di conoscenza. A breve daremo avvio alla fase esecutiva, con tanto di

stanziamenti di risorse utili a mettere in campo il progetto». Una idea, quella del direttore dell'Asl casertana che ha trovato una risposta più che positiva da parte del provveditore Fullone. «Rappresentiamo due amministrazioni molto delicate, quella sanitaria e quella penitenziaria - ha commentato il direttore regionale -. In carcere la salute è un problema perché il detenuto per una serie di fattori è più esposto a contrarre malattie, anche per il proprio vissuto e in taluni casi anche per un proprio disagio». In tutta la provincia di Caserta, «ci sono circa 1.800 detenuti - spiega ancora il provveditore regionale -. Spesso ci troviamo di fronte a persone che sono soggette a dipendenze e che quindi soffrono già di una condizione di salute provata, oppure con disagi psichiatrici. Questi come altri fattori incidono non poco sulla situazione sanitaria nell'ambito della struttura penitenziaria». Al netto di ciò, poi, «bisogna dire che tutti i problemi che esistono nella sanità pubblica, ci sono anche in quella penitenziaria. Forse si sentono anche di più», continua ancora il dirigente regionale. Fatto sta che «l'incontro è stato più che positivo ed è importante che il direttore dell'Asl abbia voluto incontrare me e i direttori delle carceri provinciali. Abbiamo parlato di diverse cose, ma è ovvio che dal secondo incontro

che avremo (nel giro di pochissime settimane) inizieremo ad essere operativi». Si è parlato in prima istanza del fabbisogno dei detenuti rispetto alle prestazioni sanitarie: quindi «abbiamo richiesto un piano di fabbisogno e un'analisi della situazione. Poi, abbiamo gettato le basi per capire gli spazi da valorizzare e da razionalizzare in funzione dell'assistenza per i detenuti». Per ora, infatti, c'è un unico reparto dedicato alla Medicina penitenziaria e si trova nell'ospedale di Sessa Aurunca: «abbiamo lanciato l'idea di metterne uno a Santa Maria Capua Vetere visto che in quel carcere c'è il numero più alto di detenuti in provincia, circa mille. Un altro sarebbe opportuno nel capoluogo ma bisognerebbe avviare un dialogo con l'aorn Sant'Anna e San Sebastiano», dichiara Fullone.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL MANAGER Ferdinando Russo**

Peso: 20%

L'odissea sanitaria al Pronto soccorso regno dei disagi

AVERSA / 1**Ignazio Riccio**

L'ambulanza giunta a sirene spiegate sulla rampa del pronto soccorso dell'ospedale Giuseppe Moscati di Aversa si fa largo a fatica tra un folto gruppo di persone assiepeate fuori la sala d'attesa. Già dalle prime ore del mattino il reparto di frontiera del nosocomio con più criticità dell'Asl di Caserta è preso d'assalto dagli utenti. Volti preoccupati di familiari e accompagnatori si mescolano alla sofferenza di pazienti che aspettano con ansia di varcare la porta di alluminio, nella speranza di vedere alleviato il loro dolore.

LA SVOLTA

L'azienda sanitaria avvisa attraverso il portale internet sui tempi di attesa del triage: in tempo reale si sa quante persone devono entrare in reparto e quando verranno prese in cura. Un servizio innovativo, ma che ad Aversa rischia di rendere ancora più frustrante la permanenza in ospedale. Una donna anziana è in lacrime: il marito, malato di tumore, è arrivato in codice rosso da alcune ore, ma sul sito dell'Asl non compare. Alla voce specifica c'è il numero zero, sia per gli utenti in attesa sia per i pazienti già in cura. «Non ho notizie - dice la pensionata - mio marito è entrato da molto tempo, ma non mi fanno sapere nulla». A poca distanza, seduta su una sedia in ferro, si

tiene la mano sull'occhio destro una giovane ragazza ucraina. Al suo fianco, in piedi, il compagno. Non si è potuto accomodare vicino alla donna perché la panchina è divelta, nonostante il pronto soccorso sia stato ristrutturato da poco.

IL DEGRADO

Segni di degrado si scorgono anche sul pavimento in plastica, sconnesso in diversi punti. La ragazza dell'est ha un occhio pieno di sangue, si è svegliata così stamattina. I codici bianchi dovrebbero attendere 48 minuti spulciando dal sito internet, ma lei è lì già da più di due ore. «Non so che codice sono - spiega l'ucraina - non me l'hanno detto, ma sono qui da troppo tempo. Mi gira la testa e ho i conati di vomito, ma non mi fanno entrare». Nella stessa situazione c'è un'altra donna

di mezza età. È insieme a una bambina e ha avuto un incidente stradale. «Attendo da più di un'ora - si lamenta - e non ho neppure la forza di protestare. Non ho ferite, ma ho battuto la testa e mi fa molto male. Stavo per entrare nel reparto, ma poi sono arrivati alcuni bambini e mi è stato chiesto di aspettare. Per carità, i piccoli prima di tutti, ma sono preoccupata per la mia salute».

LE URLA

Il brusio nella sala d'attesa viene interrotto bruscamente dalle urla di una donna. Chiede a voce alta di un suo familiare, in cura da più di tre ore, di cui non sa nulla. Passa qualche minuto e dalla porta in alluminio esce un'infermiera, che le chiede di calmarsi e poi

aggiunge che la persona interessata è scesa giù per una Tac. «Qui non funziona niente - sbotta la donna, anche se è già più rincuorata - dobbiamo affidarci solo a Dio». Qualcuno, però, prende le difese del personale sanitario. «Sono due volte che vengo qui - racconta una giovane mamma - e i miei bambini sono stati assistiti sempre con grande cura e pazienza. Non so se ai più piccoli viene riservato un trattamento diverso, ma sono sempre entrata subito e il servizio è stato ottimo». Dalle ore 9,30 alle 11 si intensifica il via vai di utenti e, spesso, si sentono le sirene delle ambulanze avvicinarsi. Qualcosa è cambiato sul portale dell'Asl: i tempi di attesa dei codici verdi sono passati da 39 minuti a un'ora e 12 minuti, ma i pazienti sono fermi sulle loro sedie da più tempo. «Il problema principale - dichiara il direttore sanitario aziendale Pasquale Di Girolamo Faraone - è la carenza di personale. Stiamo accelerando per i concorsi, ma la situazione per il momento è critica. L'ospedale di Aversa, poi, è quello che dà maggiori problemi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sistemi innovativi al Triage si scontrano con i «gap» di sempre panchine divelte e ore di attese per i pazienti del «Moscati»



Peso: 37%



Peso: 37%

I MEDICI: VACCINATEVI

Ecco l'influenza È in anticipo e più aggressiva

Servizio a pagina 12

L'influenza arriva in anticipo. Ed è aggressiva

Primo caso a Udine: grave un 50enne. Oltre 150mila italiani già a letto con altre forme virali. L'appello degli esperti: «Vaccinatevi»

ROMA

È più aggressiva degli scorsi anni, arriva dai Paesi dell'emisfero meridionale dove l'inverno è agli sgoccioli e minaccia complicanze anche per le persone sane: l'influenza è piombata in anticipo in Italia con il primo caso grave all'Ospedale di Udine. Dove a settembre un uomo di 50 anni, senza altre patologie, è stato colpito da una forma influenzale grave finendo in rianimazione. Il paziente adesso, dopo tre settimane di ricovero, è in via di miglioramento. La Società italiana di terapia antinfettiva (Sita), che ha reso noto il caso di Udine, ribadisce l'importanza della vaccinazione antinfluenzale universale e lancia di nuovo l'appello a vaccinarsi.

Gli infettivologi – che avevano già stimato nelle scorse settimane una stagione che colpirà 6 milioni di persone – sottolineano le caratteristiche del paziente: una persona di 50 anni perfettamente sana e senza nessun'altra malattia, che non rientra quindi tra le categorie a rischio. «Se questi sono i segnali, con una prima diagnosi già alla fine di settembre, e se si ripeterà lo scenario registrato in Australia e altre parti del mondo, andremo incontro a una stagione influenzale particolarmente aggressiva, con circolazione di virus influenzali molto diversi: H3N2, come nel caso in questione, H1N1, virus B», dice Matteo Bassetti, presidente della So-

cietà italiana di terapia antinfettiva. Che aggiunge: «Questo caso suggerisce che la forma influenzale di quest'anno, anche se non dovesse avere i numeri straordinari come quelli dell'inverno 2017-18, può colpire anche le persone sane e rafforza il messaggio che la vaccinazione deve essere universale perché non esiste categoria di soggetti risparmiata dalle potenziali complicanze».

A Parma, il 25 settembre, era stato isolato il primo virus influenzale di stagione da un tampone faringeo di una bambina di 6 anni ricoverata nel reparto di pediatria generale e d'urgenza. Ma intanto, prima dell'ingresso vero e proprio dell'epidemia influenzale le cosiddette forme parainfluenzali in questo inizio d'autunno hanno già messo a letto 150 mila persone in tutta Italia. «Con gli sbalzi termici entrano in azione gli oltre 262 tipi di virus respiratori», spiega Fabrizio Pregliasco, virologo del Dipartimento di Scienze biomediche per la salute dell'Università di Milano.

«L'epidemia influenzale vera e propria si presenterà con l'arrivo delle temperature più basse, per adesso abbiamo in circolazione tutte forme parainfluenzali con raffreddore, tosse, dolori muscolari». Intanto è cominciata dal 14 ottobre la sorveglianza epidemiologica per la stagione influenzale 2019-2020 attraverso il sistema Influnet dell'Istituto superiore di Sanità. L'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) e il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-19 riportano il 75% come

obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale negli ultra sessantacinquenni e nei gruppi a rischio.

Intanto è già attivato il sistema di sorveglianza per l'influenza stagionale Influnet, gestito dall'Istituto Superiore di Sanità. Il sistema si basa su una rete di 'medici sentinella' costituita da medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera scelta, reclutati dalle Regioni, che segnalano i casi di sindrome simil influenzale (ILI) osservati tra i loro assistiti. I 'medici sentinella' ed altri medici operanti nel territorio e negli ospedali collaborano inoltre alla raccolta di campioni biologici per l'identificazione di virus circolanti. La raccolta e l'elaborazione delle segnalazioni di malattia è effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità che provvede all'elaborazione a livello nazionale e produce un rapporto settimanale che viene pubblicato sul sito internet del Ministero della Salute. Le indagini virologiche sui campioni biologici raccolti vengono eseguite dai Laboratori facenti parte della Rete Influnet e dal Centro Nazionale per l'Influenza dell'ISS.

Red. Int.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

EPIDEMIA IN ARRIVO

I rischi più grandi con l'abbassamento delle temperature Il picco a novembre

L'ALLARME DEI VIROLOGI**«Con gli sbalzi termici
entrano in azione
oltre 262 tipi
di virus respiratori»**

Peso: 1-2%, 12-69%

DA SAPERE**I segnali d'allarme da non sottovalutare**

Mal di testa, spossatezza, dolori muscolari, e respiro affannoso

1 Sintomi spia

L'influenza si registra allorquando insorga almeno uno tra i seguenti sintomi generali: febbre o febricola; malessere spossatezza; mal di testa; dolori muscolari; e almeno uno tra i seguenti sintomi respiratori: tosse; mal di gola; respiro affannoso.

2 Bambini

Per la diagnosi clinica di influenza nel bambino è importante considerare quanto indicato per gli adulti tenendo conto che i bambini più piccoli non sono in grado di descrivere la sintomatologia sistemica che invece si può manifestare con irritabilità, pianto e inappetenza.

3 Neonati

Spesso nei bambini in età prescolare occhi arrossati e congiuntivite sono caratteristiche dell'influenza, in caso di febbre elevata. Nel bambino di 1-5 anni la sindrome influenzale si associa frequentemente a laringotracheite e bronchite e a febbre elevata.



A Parma, lo scorso 25 settembre, è stato isolato il primo virus influenzale di stagione da un tampone faringeo di una bambina di 6 anni ricoverata in ospedale



Peso: 1-2%, 12-69%

Gli scolari ospedalizzati, l'«altra» istruzione

Raggiungere i bambini ospedalizzati per permettergli di ricevere la giusta assistenza e scolarizzazione. È la “scuola in ospedale”, servizio del Miur attivo da anni, ma che in pochi conoscono e che nella sola Regione Campania ha seguito oltre 8 mila studenti durante l'ultimo anno scolastico. «Istruzione e salute — spiega Vincenzo Varriale, dirigente scolastico del 17° circolo Angiulli di Napoli — sono diritti garantiti dalla Costituzione e noi abbiamo il dovere di seguire questi bambini e ragazzi in ogni momento della loro crescita, soprattutto nei momenti più complicati». Gli insegnanti seguono gli alunni ospedalizzati o degenti in casa per permettergli di proseguire il percorso scolastico e rimanere al passo con i propri compagni. Del servizio e delle nuove linee guida se ne parlerà oggi

durante il convegno organizzato nella Basilica di San Gennaro extramoenia al rione Sanità, alla presenza, tra gli altri, di Luisa Franzese, direttore generale ufficio scolastico regionale, Clelia Caiazza e Mariagrazia Corradini della direzione generale per lo studente e la formazione superiore del Miur.

Walter Medolla

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Peso: 7%

Napoli | Workshop giovedì e venerdì

L'ematologia, l'oncologia e la medicina del dolore tra umanizzazione delle cure e precision medicine

Ascoltare il paziente per migliorare la terapia

Marco Vitiello
NAPOLI

Terzo appuntamento a Napoli con il convegno "L'ematologia, l'oncologia e la medicina del dolore tra umanizzazione delle cure e precision medicine", in programma il 24 e 25 ottobre al Renaissance Hotel Mediterraneo a via Ponte di Tappia. Scopo del workshop è fornire le ultime novità scientifiche e approfondire l'importanza della corretta relazione fra sanitari, pazienti e caregivers per una terapia personalizzata efficace che tenga conto non solo della Medicina di Precisione ma anche della narrazione del paziente al fine di migliorare l'aderenza terapeutica. Il 'patient journey', espressione anglosassone che descrive il viaggio del paziente nel percorso di cura, è spesso vissuto come incubo dal malato e dai familiari coinvolti. Il sistema sanitario italiano è composto da una serie di servizi complessi e una moltitudine di figure professionali coinvolte con le quali paziente e caregiver si interfacciano in una relazione difficile, basata su poco tempo disponibile, e scarsamente empatica, in particolare nel processo di ospedalizzazione.

Si è giunti quindi alla terza edizione del workshop organizzato da Beniamino Casale e Carlo Negri (nella foto), rispettivamente responsabile Ipas Terapie Molecolari e Immunologiche in Oncologia - P.O. Monaldi e socio e amministratore di Napolilab, società di consulenza marketing che si avvarrà dei contributi di medici, infermieri, psicologi, formatori, associazioni pazienti in un confronto teso alla comprensione delle difficoltà collegate ai rispettivi ruoli.

Si parte giovedì 24 ottobre alle 15.30 mentre il 25 si inizia alle 9.00. Inaugurano le due giornate formative i medici Giuseppe Argenziano, direttore della Cattedra di Dermatologia del Primo Policlinico, Alfonso Papa, direttore del reparto di Terapia del Dolore del Monaldi, Mauro Giordano, direttore della Scuola di specializzazione in Medicina d'Emergenza-urgenza dell'Università della Campania, Paolo Monorchio, presidente della Croce Rossa Comitato di Napoli. La sessione Comunicazione si avvarrà dei contributi di Michela Montevecchi, senatrice e membro della Commissione Beni Culturali, Maria Domenica Castellone, senatrice e membro della Com-

missione Sanità, Stefania Polvani, presidente SIMeN, la Società Italiana di medicina Narrativa e di altri illustri ospiti. "La Medicina Narrativa (Narrative Based Medicine - Nbm) - afferma Beniamino Casale, sta facendo il suo silenzioso ingresso nel campo delle cure, ponendosi come attitudine e strumento propriamente terapeutico oltre che di umanizzazione delle cure. Ciò sta avvenendo, paradossalmente, nell'era dell'irrompere della Precision Medicine (Pm), fondata sulla integrazione delle conoscenze e delle tecniche derivate dalla bioinformatica, dalle biotecnologie, dalla genetica e dalla manipolazione dei Big Data in medicina. Così da un lato c'è il corpo, terreno di ricerca scientifica, oggetto della Evidence Based Medicine. Dall'altro lato la mente, sempre sfuggente e legata a sentimenti continuamente cangianti. Il nostro obiettivo è portare a un "ricongiungimento" di questi due universi così apparentemente lontani mentre invece sono un unicum, soprattutto nella considerazione della scelta del percorso terapeutico".



Peso: 24%



Peso: 24%

Ictus ischemico si può intervenire anche 6 ore dopo

di **Giuseppe Del Bello**

Italia e Francia. Besançon e Napoli, insieme per rappresentare la Neuroradiologia interventistica che da ieri (e fino a giovedì) è alla Mostra d'Oltremare per il congresso mondiale (Wfitn, *World federation interventional therapeutic Neuroradiology*). A presiederlo sono stati chiamati Alessandra Biondi dell'Ospedale J. Minoz e Mario Muto, primario del Cardarelli.

I temi? Il ventaglio è ampio. Di sicuro il focus principale è dedicato allo stroke, cioè all'ictus, emorragico o ischemico (a seconda delle manifestazioni con cui si esprime una delle patologie acute più insidiose e tempo-dipendenti).

Un tempo i vari settori della radiologia erano limitati alla diagnostica, oggi con le tecnologie sempre più performanti si ottengono "miracoli" terapeutici con metodiche mini-invasive che assicurano risultati sovrapponibili (talvolta migliori) a quelli della chirurgia open. Endovascolari è la parola chiave della disciplina interventistica che si è rivelata fondamentale per trattare patologie acute come gli aneurismi e le malformazioni vascolari cerebrali. Ma anche e soprattutto per curare, appunto, lo stroke ischemico.

Su quest'ultimo c'è una grande novità che arriva dagli specialisti: il trattamento può essere esteso anche oltre sei ore dall'inizio della sintomatologia. Spiega Muto: «Vuol dire che mentre finora il limite per

sperare in un risultato ottimale era di qualche ora, adesso anche se i primi sintomi (improvvisa impossibilità a muovere un arto, un deficit visivo o della parola), risalgono a un lasso di tempo più lungo, è possibile essere sottoposti al trattamento interventistico mirato a distruggere il vaso colpito. Purché si approdi in un centro dotato di una buona diagnostica attraverso la quale fare la selezione giusta dei pazienti, cioè di quelli che beneficeranno della terapia». Centri in cui dovrebbe essere possibile l'associazione del protocollo farmacologico a quello interventistico di rimozione del trombo. Ma a questo punto, la situazione si complica, visto che in Campania le strutture idonee, per qualità e numero, sono ancora poche. Una carenza che si registra in determinate aree geografiche. Continua Muto: «Il successo dei trattamenti presuppone necessariamente la presenza di tecnologie all'avanguardia e di personale specializzato e formato, sia per la diagnostico che per la terapia».

In Francia, per esempio, a differenza dell'Italia, è stata istituita la centralizzazione primaria del paziente colpito da ictus ischemico: per 70 milioni di abitanti sono attivi 38 centri. Che significa una struttura preposta ad assistere due mi-



Peso:30%

lioni di persone. «Ma in ogni centro francese funziona tutto alla perfezione ventiquattr'ore su 24 – obietta lo specialista – riuscendo a gestire il paziente da quando mette piede in ospedale fino alla sua dimissione». È intuibile che oltralpe la condizione geografica differente permette il trasporto veloce di un malato, anche a distanza di 200 km. Da noi, sarebbe impossibile. Soprattutto in determinati territori. Ed è questo il motivo per cui è stato adottato il progetto di Hub e Spoke (i centri di assistenza, primari e secondari che fanno da filtro). In Campania rimangono scoperte intere aree, come Vallo della Lucania o la costiera sorrentina. Drammatica la

zona del casertano. Attualmente sono operativi H 24 solo il Cardarelli e il Ruggi di Salerno. Gioco forza, ricorrere all'elisoccorso. A seguire, l'enorme gap del personale. «Entro due anni sono previsti 25 mila medici in uscita – avverte Muto – e anche nella nostra branca molti se ne andranno. Di questo passo non avremo più specialisti per curare i pazienti. E la proposta al vaglio del governo di ridurre a 5 gli anni del corso di laurea e a 3 quelli di specializzazione è folle. Al contrario, andrebbero aumentati i posti nelle scuole di specializzazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Al congresso mondiale sulla Neuroradiologia Napoli e Besançon rappresentano la scuola chirurgica: con un'importante novità

Il primario "Servono più centri"



Sopra, il primario del Cardarelli Mario Muto, che lamenta le scarse divisioni di Stroke Unit: "Servono più centri dotati di una buona diagnostica per interventi"

L'agenda Premiato Esposito



"L'ematologia, l'oncologia e la medicina del dolore tra umanizzazione cure e *precision medicine*";

giovedì e venerdì all'hotel Mediterraneo.
Presiede Beniamino Casale (foto)



Violenza contro i medici: analisi, soluzioni e prevenzione: promosso dal sindacato Medici italiani si terrà a

Villa Guarracino a Torre Annunziata, sabato, alle 9.
Partecipa Silvestro Scotti (foto)



Ciro Esposito (foto) primario di Chirurgia pediatrica alla Federico II è stato premiato a Strasburgo

con la medaglia Michel Carcassonne per la nuova tecnica per trattare le fistole pilonidali



Peso: 30%



Peso: 30%