



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



“Creiamo un TripAdvisor degli ospedali italiani così i cittadini potranno scegliere l'eccellenza”

Il ministro Lorenzin: “Servirà anche a razionalizzare le risorse. Dati sanitari online”

MICHELE BOCCI

ROMA — «Voglio creare il TripAdvisor degli ospedali italiani». Il ministro alla Sanità Beatrice Lorenzin si butta sull'*open data* e scommette: sarà internet a suggerire ai cittadini dove curarsi. Come lavorano i chirurghi di quel reparto? Sono efficaci le terapie dell'oncologia della mia città? Quanto rischia una ricaduta chi passa da una determinata medicina interna? Tutte domande che, insieme a molte altre, troveranno risposta in un sito del ministero. Conterrà una rielaborazione dei dati di tabelle e diagrammi piuttosto astrusi per ora riservati a tecnici ed esperti. «Siamo nell'era della trasparenza. Si sa tutto di tutti. Non vedo perché i risultati del lavoro degli ospedali debbano rimanere segreti».

Ei cittadini, ministro, faranno "recensioni" come sul noto sito dedicato a hotel e ristoranti?

«Inizialmente potranno esprimere pareri su aspetti come l'accoglienza del personale, la pulizia dell'ospedale, l'umanizzazione delle cure. Fargli dire la loro su aspetti propriamente sanitari è più delicato. Magari si potrebbero inserire i commenti di questo tipo in sezioni che possono essere consultate solo dagli addetti ai lavori».

Partiamo dall'inizio: perché vuole rendere pubblici i risultati sanitari degli ospedali?

«È il momento di avere più coraggio ed essere trasparenti. Siamo nell'era degli *open data* e le informazioni sul nostro sistema sanitario devono circolare. I dati esistono già, bisogna solo renderli consultabili da tutti, eliminare i percorsi farraginosi con cui arrivano al ministero. Gli ospedali li trasmettono alle Asl, queste li mandano alle Regioni e infine vengono inviati qui. Li faremo arrivare direttamente a noi per poter aggiornare in tempo reale i numeri sui risultati dell'assistenza ospedaliera, invece che pubblicarli con cadenza annuale».

I pregiudizi

Le obiezioni delle Regioni? Dobbiamo superare i pregiudizi, il progetto sarà utile anche per questo

Il futuro

Dobbiamo confrontarci con l'Europa, prepararci al futuro: siamo nell'era della trasparenza e degli *open data*

A cosa servirà il sito?

«Prima di tutto permetterà al paziente di decidere dove curarsi. Dovrà essere semplice da consultare. Hai un problema al cuore e abiti vicino al San Camillo di Roma? *Online* potrai recuperare i dati sulla mortalità in quell'ospedale per l'intervento di cui hai bisogno. Se troverai un reparto migliore altrove, potrai decidere di spostarti. Negli Stati Uniti esiste già una cosa del genere e si possono addirittura vedere gli esiti del lavoro dei singoli chirurghi. Ma il sistema ci servirà anche a capire il livello di efficienza delle strutture, farà suonare dei campanelli di allarme immediatamente, senza dover aspettare due o tre anni per capire che in un certo reparto qualcosa non va. E si potranno fare interventi di razionalizzazione: tagli di posti letto, o accorpamenti».

Mettere tutti i dati online farà arrabbiare le Regioni, da sempre restie a vedere i loro ospedali inseriti in una classifica.

«Non devono ragionare in una logica di buoni e cattivi, la valuta-

zione serve a migliorare i sistemi sanitari, non a innescare una competizione. Tra l'altro questa sorta di TripAdvisor degli ospedali potrebbe anche ridurre gli spostamenti da una Regione all'altra, soprattutto dal Sud al Nord. Grazie ai dati *online*, infatti, chi vive nel Meridione potrebbe scoprire che una struttura vicina a dove vive ha dati ottimi in una certa specialità, simili o migliori di quelle del Nord. Magari il cittadino calabrese o pugliese ha dietro casa un'oncologia che funziona. Il sistema può smentire luoghi comuni e incentivare chi non funziona a fare meglio. Sarà utile anche a livello europeo».

In che senso?

«Tra poco entrerà in vigore la legge Ue che permetterà ai cittadini di viaggiare senza vincoli da un Paese all'altro per curarsi. Sarà importante comunicare la qualità delle strutture italiane a chi vive all'estero per attrarre i pazienti».

Quando partirà il sito?

«Prima possibile. I soldi non sono un problema perché ci sono

software che costano pochissimo per gestire sistemi del genere. E poi per l'*open data* ci sono fondi della Presidenza del consiglio ma anche nostri e di l'Agenas, l'agenzia sanitaria delle Regioni».

Con la tessera sanitaria avrete a disposizione anche i dati dei pazienti. Di quelli cosa farete?

«Si tratta di un'altra sfida, da affrontare tenendo conto della privacy. Far circolare le informazioni sanitarie delle persone servirà ad avviare campagne di salute pubblica, ad esempio di screening, oppure di organizzare i servizi di assistenza e valutare l'appropriatezza delle cure. Abbiamo un immenso *data base* sulle condizioni di salute degli italiani ma anche informazioni utili da incrociare con altre. Penso a quelle sull'esenzione del ticket, che possono servire a fare controlli sugli evasori».



1.500



GLI OSPEDALI

Tra pubblici e privati convenzionati, gli ospedali attivi in Italia sono 1.500

10,7 mln



I RICOVERI

Questo è il numero totale dei ricoveri fatti, ogni anno, nei reparti ospedalieri italiani

6,8



LA DEGENZA MEDIA

Questo è il numero dei giorni di degenza (media) in un reparto ospedaliero per pazienti gravi

316 mila



I PARTI

I ricoveri per parto fatti in un anno ammontano a 316 mila: sono quelli più frequenti

69 mln



LE GIORNATE

A tanto ammontano le giornate di ricovero in ospedale fatte dagli italiani in un anno



Rapporto Ceis/Crea. Spesa sanitaria ai minimi. Spendiamo il 24% in meno degli altri Paesi UE

Ulteriori tagli sarebbero insostenibili per la tenuta del sistema. L'allarme dai ricercatori dell'Università Tor Vergata di Roma che hanno presentato alla Camera il nuovo rapporto sanità. Calano anche gli investimenti (ma solo nel pubblico). La spesa si sposta sui cittadini, soprattutto nelle Regioni in "rosso".



26 SET - La spesa sanitaria italiana, considerando sia la componente pubblica che privata, è ormai tra le più basse d'Europa: quasi il 24% in meno rispetto alla media dell'Europa a 15, in sostanza la "vecchia" Europa, dove sono compresi, oltre all'Italia, Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Grecia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia. Il dato è contenuto nell'IX Rapporto Sanità dell'Università di Tor Vergata di Roma, realizzato dal Ceis e dal Crea e presentato oggi alla Camera.

La spesa, il finanziamento e gli investimenti sono i tre principali filoni di interesse di questa edizione, coordinata come sempre dal professor **Federico Spandonaro** ([leggi il suo Executive Summary](#)), che fornisce però anche una sorta di "Agenda" delle priorità del sistema affinché possa mantenere la sua "sostenibilità" e soprattutto risolvere ritardi e problemi ormai storici.

Che in estrema sintesi sono:

1. **Non ridurre ulteriormente il finanziamento pubblico;**
2. **Sostenere gli investimenti pubblici** pluriennali e in particolare quelli in prevenzione primaria, puntando molto su corretti stili di vita;
3. **Ripensare il sistema non accantonando frettolosamente l'ipotesi dei ticket**, che però andrebbero profondamente riformati;
4. **Integrare la non autosufficienza nel SSN**, ad iniziare dalle indennità di accompagnamento;
5. **Promuovere politiche assistenzialirispettose** della competitività industriale;
6. **Definire le politiche industriali nazionali nel settore della Salute.**

Spesa e finanziamento al palo

Nel 2011 la spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) pro-capite in Italia è stata inferiore di circa il 23,9% rispetto ai Paesi appartenenti all'EU 15 (- 22,2 quella pubblica e - 29,4 quella

privata). Con un'incidenza complessiva sul PIL che è ormai inferiore al 9% (fonte OECD). Un quadro negativo che si ritrova anche nella spesa pubblica per Protezione Sociale e - soprattutto - per Istruzione che in Italia è inferiore rispetto all'Europa (EU12): rispettivamente, di -6,44% e -26,95%.

Ma la nona edizione del Rapporto rimarca anche come nel 2011, per il secondo anno di seguito, la spesa sanitaria pubblica diminuisca: in termini nominali del -0,7% (contro il -0,8% dello scorso anno). E in questo senso la privata cala più della pubblica. Al palo i finanziamenti. La crescita è piuttosto modesta, e nel 2011 quello reale (depurato dell'inflazione) registra rispetto al 2010 addirittura una diminuzione.

Investe solo il privato

L'Italia sembra essere propensa a effettuare investimenti strutturali in Sanità, ma a farlo è essenzialmente il settore privato (nel 2011 è a suo carico il 61,2% degli investimenti fissi in Sanità): lo scenario che si prospetta è quello di strutture pubbliche obsolete, e un settore privato sempre più "appealing"

Nelle Regioni in deficit i cittadini pagano sempre più di tasca propria

I disavanzi regionali diminuiscono, ma restano concentrati in poche Regioni (nel 2011 in Liguria, Lazio, Campania, Calabria e Sardegna si concentra l'87,21% del disavanzo nazionale)

Nelle Regioni "meno virtuose" (sottoposte a PdR), ad eccezione dell'Abruzzo, i cittadini pagano sempre più di tasca propria; aumentano le famiglie impoverite in Calabria (+7,8%), Lazio (+4,7%), Campania (+2,9%), Sicilia (+1,5%) e Sardegna (+0,9%), però si registra (nelle stesse Regioni a eccezione di Sardegna e Lazio) una notevole riduzione del numero di famiglie soggette a spese catastrofiche.

Personale mal distribuito

Con riferimento alle dotazioni organiche ospedaliere regionali: considerando come target gli indicatori delle Regioni "più virtuose" (le prime 3 con il minor numero di personale infermieristico per posto letto e le prime 5 con il minore rapporto medici per infermiere), l'organico non sembra omogeneamente distribuito. Gli scostamenti dal target sono decisamente rilevanti: +23% per il personale infermieristico nelle Regioni del Centro, e oltre il +30% per medici e odontoiatri (rispettivamente -34% e -31% nel Centro e nel Sud). Anche il Nord, se pur più "virtuoso", dovrebbe ridurre infermieri e medici del -13% e -14%. Complessivamente si evidenzia un surplus di personale di infermieri e medici e odontoiatri, rispettivamente di circa 28.800 e 18.800 unità

Assistenza primaria: rivedere incentivi al settore

Lo sviluppo dell'assistenza primaria richiede conoscenza dei carichi di lavoro e corretti sistemi di remunerazione: contrariamente a quando ci si potrebbe attendere, l'impegno dei medici di medicina generale sembra maggiore per le classi di età centrali; i contatti degli anziani sono frequenti, ma spesso per esigenze "burocratiche", come per la ripetizione delle ricette: gli incentivi nel settore vanno certamente rivisti.

Spesa farmaceutica sotto la media Ue

La spesa farmaceutica italiana pro-capite (€ 389,9) è sotto la media della spesa nei Paesi EU15 (nel 2011 registra un -14,5%, che diventa -21,4% standardizzando per età)

Diminuiscono le aziende farmaceutiche e gli occupati

Nel 2012, in Italia si riducono le aziende farmaceutiche (-5,0%) e gli occupati (-2,3%, pari a circa 1.500 addetti in un anno). Nell'ultimo decennio (dal 2002 al 2012) sono oltre 20.000 gli occupati in meno, e diminuisce anche il numero di occupati per azienda: dai 283,6 del 2002 ai 210,3 del 2012. Ciò significa che le aziende oltre ad essere di meno, sono anche di dimensioni inferiori. Anche l'innovazione farmaceutica ne risente: sempre nel 2012 diminuiscono gli addetti alla R&S (quasi l'1% in meno rispetto al 2011), il numero di brevetti prodotti (-27,1% nel 2010 rispetto al 2009) e gli investimenti in R&S (-1,6%). E anche l'indotto dell'industria farmaceutica (-4,4%).



Sanità e Welfare. Confronto Italia-Europa

26 SET - Secondo gli ultimi dati Eurostat sui bilanci degli Stati europei, l'Italia destina a Sanità, Protezione Sociale e Istruzione il 69,53% delle entrate, contro una media dei Paesi EU12 del 73,11%. In particolare, la Protezione sociale assorbe il 44,39% delle entrate (44,51% in EU12).

La Sanità è invece al di sotto della media EU (15,95% delle entrate, contro il 16,80% di EU12, ovvero -0,85%) e, ancor di più, l'Istruzione (9,19% delle entrate in Italia, contro l'11,80% di EU12, ovvero -2,61%). L'unico settore di intervento pubblico per cui si evidenzia un significativo scostamento dagli standard europei è quindi quello dell'Istruzione, rendendo opportuno ripensarne il finanziamento, anche in considerazione dell'impulso che il settore potrebbe dare alla competitività del nostro Paese. Ma la spesa pubblica pro-capite è decisamente minore in Italia rispetto all'Europa: quella per Protezione sociale nel 2011 era pari a € 5.333,12, contro € 5.700,39 in EU12 (-6,44%); quella per la Sanità € 1.916,57, contro € 2.151,58 (-10,92%); e quella per l'Istruzione € 1.103,89, contro € 1.511,04 (-26,95%).

Il gap della Spesa sanitaria

Il PIL pro-capite italiano al 2011, secondo i dati Eurostat, si attesta a € 26.055,6 (€ 25.744,0 nel 2012), mentre raggiunge gli € 31.713,1 in Germania, 30.719,1 in Francia, € 27.947,0 in UK, per citare i Paesi EU più popolosi; un gap, quindi, che con questi Paesi oscilla nel range -17,84%/-6,77%, (-9,00% con EU12). [TAVOLA 1]

Gap sostanzialmente in aumento sin dagli anni '90; limitandoci a considerare la variazione media annua 2000-2012, pur avendo tutti i Paesi registrato una bassa crescita, la nostra è stata di 0,32 punti percentuali inferiore alla media EU12: in altri termini, la crisi pur essendo globale ha penalizzato l'Italia più che gli altri partner europei.

Ma il gap di spesa sanitaria pro-capite in Italia è decisamente maggiore di quello del PIL; circa il 23,9% rispetto ai Paesi appartenenti all'EU 14. [TAVOLA 2]

Lo scostamento si è, in particolare, generato sin dagli anni '90 e in parallelo con il prolungato ristagno dell'economia italiana, si è ulteriormente allargato.

In particolare, la spesa sanitaria pubblica italiana pro-capite, per effetto degli interventi di contenimento attuati negli ultimi anni, è oggi del 22,2% inferiore a quella EU 14, mentre quella privata addirittura del 29,4%.

Se tra il 2000 e il 2008 la distanza tra spesa pubblica italiana e dei Paesi EU 14 era andata riducendosi, per poi incrementarsi nuovamente successivamente, la spesa privata ha avuto un andamento opposto, con il gap che si è incrementato sino al 2008, per poi ridursi.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



La sanità La sentenza del consiglio di Stato

Palazzo Spada avalla Squillante ospedale chiuso

È stato respinto il ricorso
Ma i comitati accusano
«Decisione annunciata»

Ernesto Rocco

AGROPOLI. L'ospedale civile di Agropoli sarà riconvertito. Il Consiglio di Stato ha respinto il ricorso presentato dal comune cilentano contro il provvedimento di dismissione della struttura attuato dal direttore generale dell'Asl Salerno Antonio Squillante. Il nosocomio sarà quindi trasformato in Psaut, un centro di primo soccorso con a disposizione delle ambulanze che avranno il compito di stabilizzare il paziente e trasferirlo presso altri presidi. «È stato respinto l'ennesimo ricorso del comune di Agropoli - spiega il manager Asl Squillante - alla luce di ciò prosegue quel percorso di riconversione che avevamo avviato ad aprile». «Tengo a precisare - aggiunge - che io non gioisco per questo provvedimento che non è contro i cittadini agropolesi ma a favore di tutti i cittadini dell'Asl Salerno poiché è evidente che ci sia la necessità di procedere ad una razionalizzazione della spesa. Lo dimostra il fatto che le decisioni dei me-

si scorsi di Tar e Consiglio di Stato di sospendere i provvedimenti dell'Asl Salerno sono sempre avvenute senza ascoltare la controparte ma appena ci è stato permesso di esprimere le nostre ragioni e sono state lette le carte le nostre motivazioni sono state condivise». Dal 1° ottobre, quindi, sarà definitivamente attivo il Psaut. Entro questa data chiuderanno il pronto soccorso e tutti i reparti attualmente attivi (cardiologia, utic, rianimazione, traumatologia, farmacia e laboratorio d'analisi). A sostituirli tre postazioni di soccorso: una di tipo A con ambulanza, autista-soccorritore e medico specialista in anestesia e rianimazione; una dotata di ambulanza, autista-soccorritore e medico di emergenza ed una di tipo B con ambulanza ed autista-soccorritore. La trasformazione del presidio ospedaliero sarebbe dovuta iniziare già lo scorso luglio ma il Consiglio di Stato sospese il provvedimento fino al 15 settembre in considerazione dell'alto numero di utenti che d'estate usufruiscono della struttura e dei tempi di percorrenza necessari per raggiungere altri ospedali. Il nuovo ricorso presentato dal comune di Agropoli, poi, ha fatto sì che la dismissione fosse ulteriormente rinviata, almeno fino a ieri

Squillante
«Non gioisco
Riconvertire
significa
venire
incontro
alle esigenze
dei cittadini»



Ospedale Addio alla struttura, al suo posto funzionerà un Psaut

quando il massimo tribunale amministrativo ha messo definitivamente la parola fine sulla vicenda. Tra i cittadini è tanta la rabbia e la delusione per l'esito del ricorso ma da palazzo di città, in attesa della pubblicazione delle motivazioni della sentenza, assicurano che la battaglia non è finita. Pessimisti invece i membri del comitato civico pro ospedale: «La bocciatura di

questo ricorso era annunciata - spiega Giovanni Basile - Abbiamo sempre sostenuto la necessità di seguire una via politica per salvare il nostro nosocomio, ma purtroppo non è stato fatto». Poi un monito ai politici: «aspettiamo in campagna elettorale coloro che hanno chiuso il nostro ospedale, sapremo come accoglierli».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sentenza Respinto il ricorso del Comune. Squillante (Asl): «Ha vinto la razionalizzazione della spesa»

Dopo 9 anni Agropoli perde l'ospedale

Ok dal Consiglio di Stato alla riconversione del presidio in Psaut

SALERNO — Nuovo colpo di scena nella vicenda infinita tra ricorsi e controricorsi della riconversione dell'ospedale di Agropoli: a distanza di quindici giorni dal decreto cautelare, con cui il Consiglio di Stato ha accolto l'istanza del Comune di Agropoli per sospendere il provvedimento dell'Asl Salerno, è lo stesso massimo organo della giustizia amministrativa a respingere il ricorso presentato in estate dall'amministrazione agropolese guidata da Franco Alfieri e in cui si chiedeva la revoca della decisione dell'Asl di convertire il polo ospedaliero cilentano in Psaut, ovvero in centro di prima assistenza. Ora davvero non c'è più niente da fare: dal prossimo primo ottobre chiude l'ospedale, inaugurato in pompa magna meno di dieci anni fa dall'allora governatore Antonio Bassolino, e nasce il Psaut, Presidio sanitario assistenza e urgenza territoriale. «Per me questa non è una battaglia vinta - è la prima dichiarazione a caldo del direttore generale dell'Asl Salerno, Antonio Squillante - ma un'occasione importante per razionalizzare la spesa. La mia non è mai stata un'iniziativa contro qualcuno, ci tengo a precisarlo, se ho agito così è perché me lo ha richiesto la programmazione sanitaria».

Dal Comune di Agropoli non trape- la nessun commento, almeno per ora. Il sindaco Alfieri, che ha guidato una forte contrapposizione popolare contro le scelte dell'Asl, aveva sperato fino alla fine e non si è mai rassegnato. Ora si riserva di decidere il da farsi con i suoi legali. Anche se adesso gli argini di manovra sono davvero stretti. Già in precedenza, a luglio, c'era stata un'altra sentenza del Consiglio di Stato che, di fatto confermava che il manager Squillante era obbligato a riconvertire l'ospedale di Agropoli in base al decreto 49. Va anche detto tuttavia che il nosocomio agropolese di fatto è come se già fosse chiuso, è un «non ospedale», ha sottolineato Squillante, alludendo al numero esiguo di posti letto, passati da 45 a 18. Posti letto che in queste settimane dominate

dall'incertezza sul futuro sono stati sempre occupati: quattro nell'unità operativa di cardiologia-utic, quattro nel reparto di rianimazione e dieci nel reparto di traumatologia, chirurgia e

Nel 2004

È l'8 aprile 2004 e dopo un'attesa di 35 anni l'allora governatore Bassolino taglia il nastro dell'ospedale di Agropoli



va detto che all'ospedale c'erano 25 primari medici e che non era necessario il pronto soccorso in quanto ad Agropoli non c'era l'emodinamica. Noi abbiamo dimostrato con certificazioni provenienti dalla stessa Asl che non ci sono 25 dirigenti ma un solo dirigente facente funzioni e soprattutto che l'emodinamica non è fondamentale per l'apertura di un pronto soccorso tant'è che non c'è a Roccaaspide, Polla, Sapri, Oliveto Citra, Battipaglia, Eboli addirittura a Vallo della Lucania dove è funzionante solo in regime di convenzione. Riteniamo che Agropoli e questo territorio stiano subendo una grande ingiustizia».

L'agonia dunque è finita. Ora si fermeranno tutti i ricoveri e verranno dimessi o trasferiti in altri presidi i pazienti. Un'operazione già pronta da tempo, fin dalla scorsa primavera, e che solo la giustizia amministrativa ha fatto rimandare. Ora il tempo è davvero scaduto.

G. B.

Agropoli

Si procederà con il progetto messo in campo dai vertici dell'Asl di Salerno per la razionalizzazione dei servizi. Delusi i tanti cittadini e i rappresentanti del comitato che attendevano notizie positive per la struttura sanitaria

L'ospedale trasformato in Psaut

Il Consiglio di Stato respinge il ricorso proposto dal sindaco Alfieri

AGROPOLI. Niente da fare. L'ospedale di Agropoli verrà dismesso e riconvertito in Psaut secondo quanto stabilito dal nuovo Piano dell'emergenza sanitaria messo a punto dai vertici dell'Asl di Salerno.

La terza sezione giurisdizionale del Consiglio di Stato, presieduta dal presidente aggiunto Giuseppe Romeo, con sentenza a firma del giudice Dante D'Alessio, ha respinto il ricorso presentato dal Comune di Agropoli, retto dal sindaco

Franco Alfieri, in merito alla richiesta di revoca dell'ordinanza 2701/2013, che da via libera al provvedimento dell'Asl per la riconversione dell'ospedale civile, preparandosi a diventare, così, un centro ambulatoriale ad indirizzo oncologico ed una struttura residenziale per cure palliative, con la chiusura del pronto soccorso e l'attivazione del Psaut, ovvero una struttura di primo intervento, attiva h24, in cui è prevista l'assistenza medica per casi di minore complessità, l'osservazione medica breve e



la piccola chirurgia, ed è in grado di fornire una prima risposta a problemi di urgenza o emergenza per i cittadini che si presentano spontaneamente, prestando il trattamento definitivo per problemi legati alla traumatologia minore o a ferite.

L'Asl Salerno, dunque, rappresentata nella controversia dagli avvocati Gaetano Paulino e Francesco Armenante, potrà applicare quanto sancito dal manager Antonio Squillante.

«In tutte le sedute del Consi-

glio di Stato e del Tar in cui è stata discussa la riconversione dell'ospedale civile di Agropoli - dice il manager Asl -, i giudici non hanno fatto altro che confermare il nostro provvedimento, cioè consentirci di applicare quanto stabilito dalla legge. In molti mi hanno attaccato, ma io non sono altro che un attuatore della legge: non è stato un mio capriccio, né gioisco per la sentenza del Consiglio di Stato, che non è contro gli agropolesi ma a favore di tutti i pazienti dell'Asl di Salerno,

Antonio Squillante

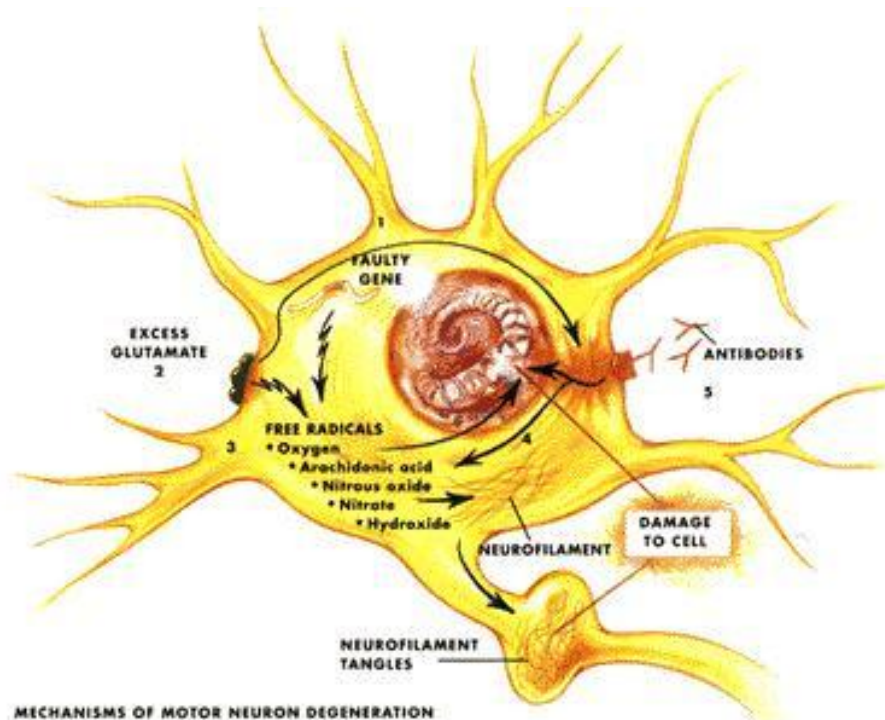
«In tutte le sedi i giudici non hanno fatto altro che confermare le nostre decisioni. Non è stato un mio capriccio né gioisco per la vittoria che non è contro gli agropolesi ma a favore di tutti gli utenti»

poiché soddisfa l'esigenza di evitare sprechi inutili e razionalizzare la spesa sanitaria nazionale, e quindi locale. Dalla prossima settimana procederemo ad attivare il Psaut e tutte quelle prestazioni che, senza tutta questa vertenza legale, avrebbero avuto inizio da tempo consentendo agli utenti di usufruire di una struttura più efficiente e con maggiori servizi di qualità per quanto concerne la fase cronica, non per quella acuta cui provvederanno, e bene, gli altri ospedali limitrofi».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



la ricerca

È nato in laboratorio il killer di leucemie e mielomi

I «linfociti T», cellule del sistema immunitario, modificate dai ricercatori dell'Ospedale San Raffaele di Milano, si sono rivelate straordinariamente efficaci contro le più temibili patologie del sangue

DA MILANO VITO SALINARO

La leucemia mieloide acuta e il mieloma multiplo sono due tra le malattie del sangue più difficilmente curabili. Ma per loro la ricerca è vicina, probabilmente vicinissima, alla creazione di un killer non meno letale, capace di annullarne l'efficacia distruttiva. In laboratorio i "linfociti T" - cellule del sangue modificate geneticamente -, o, se preferite, i killer, hanno vinto la sfida con il nemico di sempre: il cancro. Le cellule tumorali sono state eliminate. Siamo alla fase di laboratorio, certo, ma un risultato simile ha per certi aspetti sorpreso persino i ricercatori. Che, ancora una volta, stanno dimostrando che le risposte ai tumori maligni sono contenute nel nostro organismo. Ma in un certo senso vanno attivate, regolate, potenziate. È quanto hanno provato a fare, con successo, i ricercatori dell'Ospedale San Raffaele di Milano.

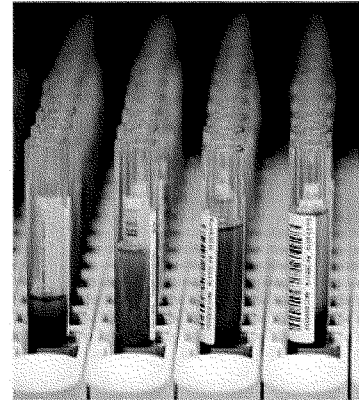
Vediamo come e ripartiamo dai linfociti T che hanno un ruolo chiave nello sviluppo delle risposte immunitarie. Nel nostro organismo sono presenti tantissimi linfociti che svolgono la funzione di riconoscimento di antigeni diversi: quando gli antigeni vengono "letti" come dannosi, sono eliminati. In questo modo, siamo protetti da un ampio ventaglio di malattie. Se si verifica il riconoscimento di un antigene espresso da cellule tumorali, i linfociti autori dell'"identificazione" si moltiplicano e attaccano il tumore. Purtroppo i linfociti tumore-specifici sono molto rari e la malattia non può essere contrastata efficacemente.

Almeno fino a ieri. I ricercatori dell'ospedale milanese, il cui studio è ospitato dalla rivista scientifica *Blood*, hanno mosso i primi passi del lavoro basandosi su studi condotti negli Usa che hanno dimostrato l'efficacia di linfociti geneticamente modificati

con dei recettori antigene-specifici chimerici, derivati dagli anticorpi chiamati Car, in tumori del sangue a basso grado di malignità, come la leucemia linfatica cronica. Il gruppo di lavoro multidisciplinare italiano guidato da Attilio Bondanza, responsabile dell'unità di Immunoterapia delle leucemie del San Raffaele, ha alzato l'asticella, sviluppando nei laboratori un recettore chimerico specifico per l'antigene Cd44v6, espresso invece in «tumori ad alto grado di malignità», come la leucemia mieloide acuta e il mieloma multiplo. Il risultato dell'esperimento è nelle parole della prima autrice dello studio, Monica Casucci: «Abbiamo isolato i linfociti da pazienti affetti da leucemia o mieloma e li abbiamo modificati geneticamente con il nostro Car mediante vettori virali. Grazie all'espressione del Car, i linfociti si sono rivelati killer tumorali molto più potenti sia dei normali linfociti, sia dell'anticorpo d'origine, dimostrandosi capaci di eliminare completamente i tumori dei pazienti in diversi modelli preclinici».

Per Bondanza e Fabio Ciceri, primario, quest'ultimo, del reparto di Ematologia e trapianto di midollo del San Raffaele, «il prossimo traguardo sarà quello di iniziare al più presto nel nostro centro una sperimentazione clinica in pazienti affetti da forme aggressive di leucemia mieloide acuta e mieloma multiplo, con la speranza di poter curare definitivamente queste terribili malattie».

Lo studio, finanziato dall'Airc (Associazione italiana per la ricerca sul cancro), dalla Fondazione Umberto Veronesi e dai ministeri della Salute e della Ricerca e università, ha inoltre dato garanzie anche in merito agli effetti collaterali. «I linfociti geneticamente modificati con il Car sviluppato in laboratorio, non solo si sono dimostrati straordinariamente efficaci, ma anche sicuri», ha commentato Chiara Bonini, pioniere nel campo della terapia genica delle leucemie, che ha partecipato allo studio, spiegando che «grazie alla co-espressione in questi linfociti di un gene suicida, cioè di un interruttore che ci permette di eliminarli quando vogliamo, in futuro sarà possibile controllarne i potenziali effetti collaterali».



Sclerosi multipla Uno scanner per scoprire i veleni

I pazienti ammalati i sclerosi multipla operati di insufficienza venosa cerebro-spinale cronica (Ccsvi) hanno mostrato miglioramenti sintomatologici dopo l'intervento: abbiamo casi in cui la vescica torna funzionare normalmente, la deambulazione e la vista migliorano, la stanchezza quasi sempre diminuisce o scompare, così come i disturbi sessuali. Così **Ciro Gargano**, presidente dell'osservatorio nazionale sulla Sclerosi multipla e

insufficienza venosa cerebro-spinale cronica presentando la tavola rotonda che si terrà oggi alle ore 10.30 presso la sede di Confcommercio Imprese per l'Italia della Provincia di Napoli (piazza Carità, 32).