



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



TELETHON, SCOPERTO UN SEGNALE DEL SISTEMA IMMUNITARIO

Scoperto il segnale di riconoscimento di particolari cellule del sistema immunitario, le cellule T regolatorie di tipo 1 (Tr1), che faciliterà il loro utilizzo in ambito terapeutico per la prevenzione e la cura delle malattie autoimmuni e del rigetto dei trapianti: lo dimostra uno studio pubblicato su Nature Medicine dal team di ricercatori dell'Istituto San Raffaele Telethon per la Terapia Genica guidato da Maria Grazia Roncarolo, in collaborazione con il gruppo di ricerca di Richard A. Flavell dell'Università di Yale. Le cellule T regolatorie sono una classe di cellule del sangue molto importante per la regolazione dei meccanismi di difesa del nostro organismo. In particolare, sono specializzate nel mantenimento della tolleranza immunologica, quel meccanismo grazie al quale il sistema immunitario combatte i patogeni (ad esempio gli agenti infettivi) ma non aggredisce i propri tessuti (gli antigeni self).

Esistono diversi tipi di cellule T regolatorie: tra queste, quelle di tipo 1 (Tr1), scoperte proprio da Maria Grazia Roncarolo quando lavorava presso il Dnax research institute of molecular and cellular biology di Palo Alto, in California, sono caratterizzate dalla capacità di secernere alti livelli di due particolari sostanze: l'interleuchina 10 (IL-10) e il transforming growth factor beta (Tgf-beta). Nell'ultimo decennio queste cellule si sono dimostrate molto importanti nella prevenzione e nella cura di malattie autoimmuni come il diabete mellito di tipo 1, di malattie infiammatorie croniche intestinali, della celiachia e delle allergie, ma anche nella soppressione del rigetto dopo il trapianto d'organo o di cellule staminali adulte. Questo potenziale terapeutico delle cellule è stato dimostrato sia in modelli pre-clinici di laboratorio, sia in studi clinici all'avanguardia.

Terapia dell'epatite C: nuovo farmaco per guarire

Sul *New England journal of medicine* sono stati pubblicati i risultati di quattro studi clinici di fase 3 che hanno sperimentato le qualità di sofosbuvir, inibitore nucleotidico NS-5B contro l'epatite C. Il farmaco è studiato per il trattamento dell'infezione cronica da virus dell'epatite C. Sono stati rilevati tassi totali di risposta virologica sostenuta (SVR12) 12 settimane dopo il completamento della terapia del 50-90 per cento. I pazienti che raggiungono la SVR12 sono considerati guariti dall'infezione da Hcv. "L'ampiezza dei dati emersi dal programma di Fase 3 che ha valutato sofosbuvir aiuteranno i medici a comprendere come trattare la malattia in futuro nei vari genotipi dell'Hcv e nelle differenti popolazioni di pazienti". Il farmaco in questione è un agente ad azione diretta, ovvero interferisce direttamente con il ciclo di vita dell'Hcv sopprimendone la replicazione virale. Potrebbe questo sistema diventare la base per i futuri regimi terapeutici senza interferone? La formulazione completamente orale e il tasso di guarigione più elevato, in tempi più ridotti e con meno effetti collaterali rispetto alle opzioni terapeutiche disponibili al momento, stanno creando attorno a questi studi un'attenzione notevolissima. Sofosbuvir rimane per il momento un prodotto sperimentale, seppure i suoi ottimi risultati su 1000 pazienti fanno ben sperare. Basti pensare ai risultati ottenuti con un trattamento terapeutico esclusivamente orale della durata di 12 o 16 settimane in combinazione con ribavirina nei genotipi 2 e 3 (Fission, Positron, Fusion), o con Rbv e interferone pegilato (peg-Ifn) per 12 settimane nei genotipi 1, 4, 5 e 6 Neutrin.

In quest'ultimo si è registrato il tasso di risposta migliore, nel 90 per cento dei pazienti mentre negli altri i risultati si attestavano tra il 50 dei nello studio Fusion (12 settimane), al 78 per cento dello studio Positron. ●●●

Aspat a quota 200 Nuovo portale per la specialistica

Di **ETTORE MAUTONE**

Un nuovo portale per il socio n. 200. L'Aspat, associazione di categoria della sanità privata accreditata festeggia dopo cinque anni di vita. "E' passato ormai un lustro - avverte il presidente **Pier Paolo Polizzi** - da quando decidemmo, non senza esitazioni, di metterci definitivamente alle spalle logiche da piccola conventicola ed insieme, in una uggiosa domenica di dicembre 2007, gettammo le basi di un nuovo sodalizio regionale avente le caratteristiche peculiari della territorialità, partecipazione, competenza e professionalità. Nel febbraio del 2008, insieme a venti Colleghi che empaticamente credettero nel nostro progetto, fondammo l'Aspat, associazione della Sanità privata accreditata territoriale. Nell'ottobre dello stesso anno, dopo solo pochi mesi di attività, raggiungemmo e festeggiamo a Castellamare di Stabia, in occasione del primo evento formativo sull'accREDITAMENTO istituzionale i primi cento associati.

Oggi, quando non è ancora concluso il secondo triennio di consiliatura dell'attività associativa, abbiamo l'orgoglio, di annunciare che è pervenuta la domanda di iscrizione numero duecento. Tutto ciò a dimostrazione tangibile e come riscontro incontrovertibile che il nostro

stare insieme non ha prodotto uno sterile arroccamento su posizioni comode, immediatamente acquisite, ma ha generato costantemente impulsi ad una maggiore dinamicità".

L'Aspat conta su 300 milioni di euro di fatturato erogati nell'ultimo anno per conto del Servizio sanitario regionale, oltre 5 mila dipendenti e consulenti impiegati a vario titolo nelle strutture. Numeri che fanno dell'Aspat l'associazione di categoria maggiormente rappresentativa della Regione Campania per le macroaree assistenziali della specialistica ambulatoriale e della riabilitazione (inclusa Fki) e Socio-sanitario (Rsa e ciclo diurno integrato). "Già dalle prime fasi della nostra costituzione - aggiunge **Antonio Gambardella** responsabile delle attività istituzionali - individuammo nel web e, quindi, nel nostro portale dedicato, un importante e necessario strumento di connettività, di lavoro quotidiano, di consultazione e di informazione". Con il raggiungimento dei duecento associati l'Aspat si dota della terza edizione del portale, aggiornato con le tecnologie di informazione più evolute. ●●●



Welfare e Sanità Il pensiero di Letta

La Sanità come le pensioni, è finanziata a ripartizione. Sono, cioè, gli attivi a pagare per tutti. E come per le pensioni dobbiamo scrivere un quadro di regole per la formazione di un pilastro privato complementare, tanto per la fisco-



lità quanto per il funzionamento degli strumenti. Così Enrico Letta nel 2009, quando era responsabile Welfare del Pd.

Tra i suoi numerosi incarichi Enrico Letta ha rivestito anche quello di ministro ombra del Welfare durante la segereria Valter Veltroni e poi di responsabile nazionale Welfare del Pd, al periodo della segreteria di Dario Franceschini. E in questa veste nel novembre del 2009 avviò i lavori di quella che sarebbe dovuta essere la Prima conferenza nazionale sul Welfare del partito. In realtà quella conferenza non ebbe mai luogo, ma nei lavori preparatori Letta chiari la sua visione, in una articolata relazione dove la sanità ebbe particolare attenzione. Soprattutto sui temi dell'invecchiamento, del finanziamento e dello sviluppo del settore in termini imprenditoriali. Ma ecco, tratto dalla sua relazione introduttiva all'incontro Persona, famiglia, comunità, verso la Conferenza nazionale sul Welfare del Pd, svoltosi a Roma il 27 e 28 novembre 2009, cosa pensava e scriveva il futuro premier. Più richiesta di salute: i costi, la responsabilità, le opportunità. L'Italia può fare affidamento, secondo l'Oms, su un servizio sanitario nazionale tra i più avanzati

del mondo. Esso è anche una delle più importanti imprese sociali del Paese. Lo è per la sua missione naturale che è quella di assistere ogni giorno, per 365 giorni l'anno, milioni di cittadini, senza alcuna distinzione di ceto, cate-

goria, residenza, età, sesso. Il primato internazionale sull'aspettativa media di vita, che l'Italia vanta ormai da anni, conferma il successo del principio di universalità del servizio. Un principio che non può essere messo in discussione. Occorre, piuttosto, rafforzarlo. Le prestazioni sanitarie essenziali vanno, ad esempio, pensate in funzione delle trasformazioni della nostra società e dell'invecchiamento della popolazione. E bene ha fatto, nella scorsa legislatura, il ministro Turco a promuovere un ulteriore sviluppo del "paniere" dei servizi e delle prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle persone. Non vanno, invece, nella giusta direzione le nuove indicazioni sui Livelli essenziali di assistenza (Lea) proposte dal governo in carica. L'aumento della speranza di vita genera, comunque, una serie di questioni di natura finanziaria. Come sostenere questa trasformazione è un problema ancora aperto. Noi vogliamo discuterne a partire dai dati: e tutte le previsioni economiche confermano che la spesa crescerà esponenzialmente. ●●●

Leggi la relazione di Letta (2009)

BEATRICE LORENZIN NUOVO MINISTRO

Romana 42 anni ad ottobre, la quinta donna ministro dell'esecutivo guidato da Enrico Letta è Beatrice Lorenzin, deputata del Pdl al timone del dicastero della Salute. Iscritta all'organizzazione giovanile di Forza Italia è stata coordinatrice delle giovanili del Lazio e poi di quelle nazionali fino al 2008.

Nel 2001 viene eletta al consiglio comunale di Roma. Nel 2008 viene eletta alla

Camera, dove è stata riconfermata con le elezioni del 2013. Sempre nel 2013 è stata inizialmente candidata alla presidenza della Regione Lazio con il Pdl, per poi lasciare la candidatura a Francesco Storace.



I nodi da sciogliere per il governo della Salute

Prima di tutto la spesa sanitaria da tenere sotto controllo. Ma forse da limare ancora. Magari facendo scattare i 2 miliardi di ticket dal 2014 per finanziare l'ammorbidente dell'Imu. Poi la partita con le Regioni (Patto per la Salute e nuovi Lea). E ancora i contratti e le convenzioni con il personale e le farmacie. Non c'è dubbio che al primo posto delle preoccupazioni del neo ministro Beatrice Lorenzin vi sarà la questione economica. Nonostante la sanità italiana abbia ormai raggiunto livelli di spesa inferiori alla maggior parte dei suoi partner europei (-34 per cento nei confronti dell'Europa a dieci). I nuovi ticket sanitari (2 miliardi dal gennaio 2014) sono per ora fermi per lo stop alle modalità di applicazione imposto dalla sentenza della Corte Costituzionale del 16 luglio scorso. Senza contare il taglio attorno ai 30 miliardi di euro fino al 2015, operato già dal combinato disposto delle manovre Tremonti-Monti, e contro il quale le Regioni, tutte, si sono sempre dichiarate ostili tanto da bloccare il rinnovo del Patto per la salute. Cantiere aperto per i nuovi Lea bloccati dall'Economia per incertezza sui saldi. Ci sono poi gli standard ospedalieri, che dovrebbero regolare il taglio dei posti letto per portare l'indice al 3,7 per mille abitanti come stabilito dalla Spending review montiana, introducendo anche nuovi criteri di organizzazione e valutazione degli ospedali, anch'essi al palo per il mancata accordo con le Regioni. Poi ci sarà da gestire la partita dei pagamenti dei debiti di Asl e ospedali facendo fruttare bene i 14 miliardi messi a disposizione dal decreto Grilli sui pagamenti della Pubblica amministrazione e considerando però che l'ammontare reale di tali debiti sfiora i 40 miliardi, tant'è che Regioni e aziende sanitarie hanno già messo le mani avanti sulla reale portata del provvedimento ai fini del rilancio di questo settore dell'economia. E poi la grande partita del rinnovo di contratti e convenzioni con i settecentomila operatori del Ssn cui vanno aggiunti tutti gli accordi con gli altri attori del sistema. Prime tra tutti le farmacie. Qui il nuovo sistema di retribuzione dovrebbe basarsi sulla sola percentuale derivante dalla vendita dei farmaci. Infine la partita della intramoenia, sempre in agenda nonostante l'ennesima riforma Balduzzi, insieme a quella, ancor più complessa, della riorganizzazione delle cure primarie.

Fondo sanitario 2012 Via libera al riparto Alla Campania 9,8 mld

Di MAURO TONETTI

Via libera al riparto del fondo sanitario nazionale del 2012.

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 97 del 26 aprile 2013 sono pubblicate le delibere Cipe che attribuiscono al fondo poco meno di 108 miliardi di euro e ulteriori 1,433 miliardi che serviranno a finanziare 17 progetti che spaziano dal sociale al territorio. In totale 105 mld sono destinati al finanziamento indistinto dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), ripartiti tra le Regioni.

La Campania, con 9,895 mld, riceve come preventivato 145 milioni di euro in più in virtù dell'aumento complessivo del fondo della Sanità. "In conferenza delle Regioni - chiarisce il governatore della Campania Ste-

fano Caldoro - abbiamo preso come riferimento l'accordo dell'anno scorso applicando il criterio di aumento percentuale della popolazione. La grande partita si giocherà in questo 2013. La Campania farà una battaglia per l'impiego di criteri diversi e innovativi, legati su fenomeni sociali, sulle patologie ed elementi legati all'attesa di vita".

Su scala nazionale l'incremento del fabbisogno rispetto al 2011 dell'1,65 per cento, ben al di sotto del tasso di inflazione e lontanissimo dal tendenziale della spesa sanitaria. "Adesso - avverte il presidente della Conferenza Stato-Regioni - ci attende un lavoro importante, relativo al Patto per la salute 2013-2015 che vogliamo basare su un confronto costruttivo con il Governo e che abbia tre macro-obiettivi: la sostenibilità finanziaria del servizio sanitario, la garanzia dei livelli essenziali di assistenza su

LE ASSEGNAZIONI

• Piemonte	7.978.163.454
• Valle d'Aosta	225.352.335
• Lombardia	17.341.184.546
• P.A. Bolzano	865.069.407
• P.A. Trento	918.244.725
• Veneto	8.607.884.968
• Friuli Venezia Giulia	2.217.730.512
• Liguria	3.053.707.274
• Emilia - Romagna	7.901.475.870
• Toscana	6.730.346.850
• Umbria	1.622.166.222
• Marche	2.787.332.179
• Lazio	9.982.148.899
• Abruzzo	2.383.222.579
• Molise	574.623.692
• Campania	9.895.417.201
• Puglia	7.028.005.338
• Basilicata	1.031.973.422
• Calabria	3.483.758.281
• Sicilia	8.673.970.213
• Sardegna	2.911.971.578
ITALIA	106.213.749.544

cina penitenziaria (finanziata con 167 mln). 4,3 mln per la fibrosi cistica, 3,5 mln per gli Hanseniani, 573,9 per attività vincolate, 173 mln per le borse di studio specializzandi, 240 mln agli istituti zooprofilattici più altri 10 per gli oneri contrattuali, 143 mln alla Croce Rossa, 2,5 mln per le rate dei mutui e 2 mln per il centro nazionale trapianti.

"Mi auguro - aggiunge il Presidente della Conferenza delle Regioni - che la Sanità possa essere il primo terreno per rilanciare in modo forte la collaborazione Governo-Regioni. Il nuovo patto - conclude Errani - deve rappresentare l'opportunità per rilanciare le cure primarie, lo sviluppo delle reti sul territorio soprattutto per far fronte a cronicità e non-autosufficienza, per il sistema Socio-sanitario. ●●●

La delibera Cipe



Organismi del ministero: ridotti di 22 unità, restano 8

Pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 98, del 27 aprile 2013, il documento che prevede, complessivamente, una riduzione di 22 unità degli organismi operanti presso il ministero della Salute che passeranno da 30 a 8. Previsto anche il taglio del 30 per cento delle spese dei ministeri. Il Dpr è il n. 44 del 28 marzo 2013 e mira al riordino degli organi collegiali e di altri organismi operanti presso il ministero della Salute. La riforma è operativa dal prossimo 12 maggio. In totale sono 13 gli organismi (Commissioni Lea, per la ricerca sanitaria, per la pubblicità, Consulta trasfusionale, Cud, Commissioni sulle biotecnologie, sul doping, per la lotta all'Aids e per le cure palliative, Osservatorio sui programmi di adeguamento degli ospedali, consulta per il volontariato e comitato sulla sicurezza sul lavoro) che vengono soppressi e le relative funzioni sono trasferite ad un unico organismo, denominato Comitato tecnico sanitario. Altri 6 organismi soppressi sono trasferiti al Comitato tecnico per la nutrizione e la sanità animale. La Consulta delle associazioni dei consumatori e dei produttori in materia di sicurezza alimentare viene soppressa e le funzioni sono trasferite al Comitato nazionale per la sicurezza alimentare. Altri quattro organismi vengono riordinati mediante riduzione del numero di componenti mentre la Commissione per i trapianti allogenici da non consanguineo viene soppressa e le funzioni sono trasferite al Centro nazionale trapianti (che le esercita in collaborazione con il Centro nazionale sangue). La Commissione consultiva per i biocidi viene soppressa e le funzioni sono trasferite alla direzione competente del Ministero. Infine c'è il capitolo riguardante le disposizioni finanziarie che prevede il taglio del 30 per cento delle spese dei ministeri e quelle della legge 122 del 2010 che ha indicato come carica onorifica senza compensi la partecipazione alle commissioni. Il Dpr indica inoltre la necessità al momento della nomina dei vari componenti di privilegiare chi ha una sede di servizio coincidente con la località sede dell'organismo e per le riunioni di preferire per quanto possibile la videoconferenza. ●●●

Il Rapporto Osservasalute 2012

Debito della Sanità, la Campania e il Lazio pesano sul resto del Paese

Hanno generato da sole il 63% dell'ammancio italiano

NAPOLI (rita russo) - Lazio e Campania, insieme, compongono il 63% del debito complessivo della sanità italiana. E' uno dei dati più allarmanti contenuti nel 'Rapporto Osservasalute 2012', presentato al Policlinico Gemelli di Roma.

Sotto il profilo degli equilibri economici di breve periodo, l'elemento di forte preoccupazione è la differenziazione interregionale, con risultati economici consolidati positivi in tutte le regioni del Centro-Nord (tranne Liguria) e negativi in tutte le regioni del Centro-Sud (tranne Abruzzo) e con 2 regioni (Lazio e Campania) che, anche nel 2011, hanno generato da sole il 63% dell'intero disavanzo nazionale. L'allarme che ne deriva è che tagli continui e a pioggia mettono in pericolo il Sistema sanitario nazionale. Il Rapporto sembra confermare una certa efficacia delle iniziative di contenimento della spesa destinata alla salute: anche il 2011, come già il 2010, è stato caratterizzato da una crescita molto contenuta della spesa sanitaria pubblica (+0,1% a parità di criteri di contabilizzazione) che mantiene l'Italia al di sotto della media dell'Unione Europea sia in termini pro capite, sia in rapporto al Pil; i disavanzi permangono, ma sono ormai ridotti a livelli molto circoscritti, almeno in termini di valori medi nazionali (nel 2011, circa 29Euro pro capite, pari all'1,6% del finanziamento complessivo). Il rischio è che all'aumento del-

l'efficienza non corrisponda un aumento di efficacia delle cure e quindi un miglioramento degli esiti delle stesse. Un dato positivo è che diminuisce la mortalità evitabile, ovvero i decessi imputabili a errori o inapproprietezze delle cure prestate dal Ssn. Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito a una lieve riduzione del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 63,86 (per 100.000) del 2006 al 61,69 (per 100.000) del 2009. Queste cause di morte riguardano soprattutto gli uomini. Le Regioni che sul fronte della mortalità evitabile presentano la peggiore performance in tutti gli anni considerati sono Calabria (dove si è passati dal 69,95 per 100.000 del 2006 al 69,13 del 2009), Campania (dove si è passati dal 77,49 per 100.000 del 2006 al 75,68 - valore peggiore in Italia - del 2009) e Sicilia (dove si è passati dal 73,36 per 100.000 al 75,32 del 2009). Per quanto riguarda il consumo di alcol la Campania è la Regione con meno consumatori di alcolici ma resta quella dove si pratica meno sport. L'indagine mostra la tendenza incessante all'invecchiamento della popolazione italiana. La quota dei giovani sul totale della popolazione è contenuta, mentre il peso della popolazione 'anziana' (65-74 anni) e 'molto anziana' (75 anni e oltre) è consistente. La popolazione in età 65-74 anni rappresenta il 10,2%



IL NORD

Risultati economici positivi in tutte le regioni del Centro Nord tranne la Liguria



IL BILANCIO

Il bilancio degli esperti presentato ieri a Roma, i dati sono riferiti all'anno 2011

Lazio e Campania, insieme, compongono il 63% del debito complessivo della sanità italiana

Mortalità evitabile (*)

Calabria (69,95 per 100.000 del 2006 al 69,13 del 2009),

Campania (da 77,49 per 100.000 del 2006 al 75,68 - valore peggiore in Italia - del 2009)

Sicilia (dal 73,36 per 100.000 al 75,32 del 2009)

(*) ovvero i decessi imputabili a errori o inapproprietezze delle cure prestate dal Ssn

Età media

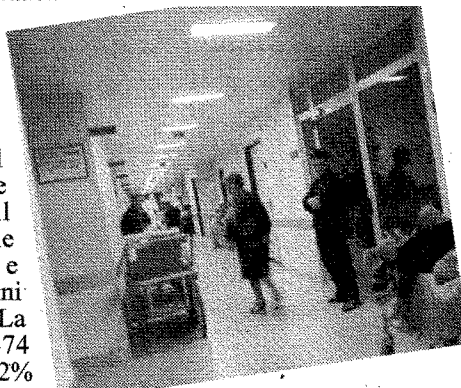
Regione più giovane la **Campania** (65-74 anni sono l'8,3% della popolazione; over-75 il 7,8%).

Regione più vecchia la **Liguria** (gli anziani di 65-74 anni sono il 12,7% della popolazione; gli over-75 il 14%)

Diminuiscono i fumatori

Valle d'Aosta 19,8% nel 2010 e il 16,3% nel 2011

Campania 26,1% nel 2010 e 23,1% nel 2011



del totale, e quella dai 75 anni in su il 10,1%. Significa che un italiano su dieci ha più di 65 anni. La regione più vecchia si conferma la Liguria, gli anziani di 65-74 anni sono il 12,7% della popolazione, mentre gli over-75 sono il 14%. La regione più giovane è la Campania, con la fascia 65-74 anni che rappresenta l'8,3% della popolazione, gli over-75 sono il 7,8%.

RIORGANIZZATO IL SETTORE PER RECUPERARE IL DEFICIT

La commissione approva il pareggio di bilancio

NAPOLI (rr) - Nonostante i dati dell'Osservatorio nazionale della sanità ritengano la Campania colpevole di larga parte del debito italiano in Regione è stato approvato il pareggio di bilancio. Soddisfazione hanno espresso il capogruppo Pdl **Gennaro Nocera**, il vice capogruppo del Pdl **Pasquale Giacobbe** e il presidente della Commissione Sanità in Consiglio Regionale della Campania

Michele Schiano di Visconti. *"Molto abbiamo lavorato affinché il risultato del pareggio sia stato raggiunto -hanno dichiarato -. Il merito va certamente al buon governo messo in atto dal presidente Caldoro e al sub commissario Morlacco, ma anche all'ottimo lavoro in Consiglio Regionale di tutti i componenti della Commissione Sanità che hanno messo in moto una macchina riorganizzativa di*

tutto il settore registrando il pareggio di bilancio. Ora, seppure i sacrifici sono ancora tanti, eliminati gli sprechi che sono il vero cancro della sanità campana, lavoreremo affinché la buona sanità della Campania venga premiata". Si è arrivati al pareggio di bilancio anche dopo lo sblocco di 600 milioni di euro dal tavolo nazionale. Il deficit era di oltre 750 milioni di euro all'anno.

Sanità. Dal primo gennaio 2014 aggravio di due miliardi per i contribuenti

Lorenzin: tavolo sui ticket

Roberto Turno
ROMA

■ Per il momento resta abbottonatissima. «Questa settimana devo studiare tutti i dossier», rivela uscendo dall'aula di Montecitorio dopo il discorso programmatico appena pronunciato dal premier Enrico Letta. Dossier complicatissimi, che ha trovato in eredità sul suo tavolo al ministero. Ma a uno dei tanti, in particolare, ha già detto che dedicherà da subito la massima attenzione: i superticket da due miliardi in più che entreranno in vigore dal 1° gennaio del prossimo anno. Quasi la metà in più di quanto oggi già pagano gli italiani in varie forme non esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria. Una partita delicatissima, una vera e propria Imu sanitaria. Sulla quale ieri la neo ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, in occasione del passaggio delle consegne col suo predecessore, Renato Balduzzi, ha anticipato di voler aprire un «tavolo» di lavoro ad hoc.

Un tavolo specifico tutto per i superticket, segno della preoccupazione che cresce anche nel nuovo Governo sulla pesantezza dei nuovi balzelli sanitari in arrivo, come hanno per tempo messo in guardia sindacati, Re-

gioni, esperti. Con i partiti che finora sono rimasti a guardare, mentre la proposta di riforma allo studio con Balduzzi - una franchigia per reddito applicando il nuovo Isee familiare - è rimasta su un binario morto. Dal quale chissà se ne uscirà in qualche modo col nuovo «tavolo» di lavoro annunciato da Lorenzin, se avrà il beneplacito di Letta e di Sac-

LE ALTRE AZIONI

Prevista anche la creazione di due gruppi di lavoro: per il deficit delle Regioni e per il decreto staminali ancora fermo al Senato

comanni, naturalmente.

Non sarà però il solo tavolo in gestazione sulla sanità. Tra gli altri temi caldi in agenda, Lorenzin ne ha sottolineato almeno altri due: il "decreto stamina" - che dopo il primo sì del Senato è fermo alla Camera (scade il 25 maggio) - e il capitolo scottante dei piani di rientro nelle Regioni in extradeficit, tanto più dopo la denuncia arrivata ieri dal rapporto «Osservalute» della Cattolica (si veda altro servizio a pag. 19) sul rischio concreto

di «tenuta» della sanità pubblica perfino nelle Regioni cosiddette "virtuose".

L'effetto-crisi, d'altra parte, ha innescato una allarmante retromarcia anche nei consumi sanitari. Con quella che tutti i principali centri studi ormai considerano una vera e propria fuga dalle cure. Chi non può, si cura meno. E tanto meno lo fa se deve pagare di tasca propria. Una miccia per la salute pubblica, ma insieme una spia allarmante di un disagio sociale che cresce. A parte quelli sui farmaci, l'andamento della spesa registrato per i ticket su analisi e specialistica, dopo il maxi rincaro di un anno fa, sta rivelando un calo delle prestazioni considerabile soprattutto da parte degli italiani non esenti.

Un'eventuale moltiplicazione dei ticket per altri 2 miliardi di euro - come previsto dalla manovra estiva di Berlusconi-Tremonti del 2011 - potrebbe essere insomma il detonatore finale di un sistema sanitario in crisi. Rappresentando un motivo in più per ritardare o evitare del tutto le cure, a partire dalla prevenzione. Una sorta di Imu sanitaria, appunto. Che per il Governo, conti alla mano, non sarà facile disinnescare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Rapporto Osservasalute. I conti del 2011

Sanità, Centro-Sud con bilanci a rischio

Flavia Landolfi
ROMA

La buona notizia è che le aziende sanitarie negli ultimi anni hanno preso molto seriamente l'esigenza di contenere i costi per la salute. Risparmiano e si vede. La cattiva è che a furia di tagliare si rischia la tenuta dell'intero Servizio sanitario nazionale.

Lo dice a chiare lettere il decimo Rapporto Osservasalute 2012, elaborato da un pool di 184 esperti di sanità pubblica coordinati dall'Università Cattolica di Roma e presentato ieri mattina al Policlinico Agostino Gemelli. «Per quanto il Ssn stia lentamen-

CONTI IN ROSSO

Lazio e Campania totalizzano il 63% dell'intero disavanzo realizzato in Italia

te migliorando la sua efficienza economica - spiega Walter Ricciardi direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica e direttore dell'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane - anche in risposta alle sempre più pressanti richieste di razionalizzazione e più di recente alla spending review, il rischio è che all'aumento dell'efficienza non corrisponda un aumento di efficacia delle cure e quindi un miglioramento degli esiti delle stesse». In sostanza «la ricerca di efficienza, attuata con tagli all'offerta, in prospettiva, potrebbe comportare dei rischi per quanto riguarda l'accessibilità alle cure e di conseguenza l'efficacia del sistema nel produrre salute».

Altro elemento di preoccupazione è ancora una volta la spaccatura in due dello stivale con mezza Italia al Centro Nord che presenta nel 2011 risultati economici consolidati positivi (tranne che in Liguria) e l'altra metà, al Centro Sud che segna il passo

con l'eccezione dell'Abruzzo. Senza parlare poi delle due "maglie nere", Lazio e Campania, che sempre nel 2011 da sole hanno generato il 63% dell'intero disavanzo nazionale. Secondo il dossier del Gemelli, quindi, i sacrifici chiesti dalla Spending Review per la sanità pubblica non sono imputabili alla «presunta dispendiosità del del Ssn» ma invece ai noti problemi dell'economia italiana: il debito pubblico con la sua spesa per gli interessi e con il rallentamento dello sviluppo. Per fare un esempio, dice il Rapporto, «l'aumento della spesa sanitaria pubblica, seppur spesso molto contenuto, è stato negli ultimi 20 anni quasi sempre superiore a quello del Pil». Lo studio della Cattolica si incarica poi di osservare al microscopio lo stato di salute nel Paese. Qui si verifica il «paradosso italiano»: la salute degli abitanti per molti aspetti migliora nonostante la crisi e i cattivi stili di vita (poco sport e consumo smodato di alcolici). Che gli italiani stiano meglio lo dice anche l'aspettativa di vita: dal 2007 al 2011 gli uomini hanno guadagnato 0,7 anni e le donne 0,5 anni. In calo il rischio di morte connesso alle principali malattie, come quelle circolatorie (-4,65% per gli uomini e -8,46% per le donne tra i 19 e i 64 anni), ma anche tumori (-6,97% per gli uomini e -8,71% per le donne tra i 65 e i 74 anni) e apparato digerente (-4,03% per gli uomini e -8,62% per le donne tra i 19 e i 64 anni).

Per quanto riguarda gli stili di vita poi si assiste a una diminuzione dei fumatori e degli astemi (nel 2011 +0,5% e +3,3% dal 2008 al 2010), ma aumentano sovrappeso e obesità: dal 2002 al 2011 le persone in sovrappeso aumentano del 6,9% e quelle obese del 17,6%. Va male infine sul fronte dei giovani: scende ancora l'età media di avvio all'uso dell'alcol (11-12 anni, la più bassa in Europa) e il riscontro di oltre 300 mila minori di 11-15 anni di età che consumano alcol.

IN VIGORE IL DLGS 33/2013

Asl e Ao trasparenti sul web

Le amministrazioni e gli enti del Ssn, dei servizi sanitari regionali, comprese le aziende sanitarie e ospedaliere, le agenzie e gli altri enti e organismi pubblici che svolgono attività di programmazione e fornitura dei servizi sanitari devono rendere pubblici e accessibili tutti i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria pubblici e chiunque ha diritto di conoscerli, può fruirne gratuitamente.

La regola di trasparenza scritta nel Dlgs 14 marzo 2013, n. 33, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 80 del 5 aprile scorso è in vigore da sabato 20 aprile.

Secondo la norma le aziende sanitarie e ospedaliere devono pubblicare tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo e degli incarichi di responsabile di Dipartimento e di strutture semplici e complesse, compresi i bandi

e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento.

Alla dirigenza sanitaria, a eccezione dei responsabili di strutture semplici, si applicano gli obblighi di pubblicazione previsti dal Dlgs. Per attività professionali si intendono anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario.

Il Dlgs prescrive poi che siano pubblicati e annualmente aggiornati l'elenco delle strutture sanitarie private accreditate e gli accordi con queste.

Le Regioni includono il rispetto di obblighi di pubblicità previsti dalla norma tra i requisiti necessari all'accreditamento delle strutture sanitarie. Gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti a indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata «Liste di attesa», i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

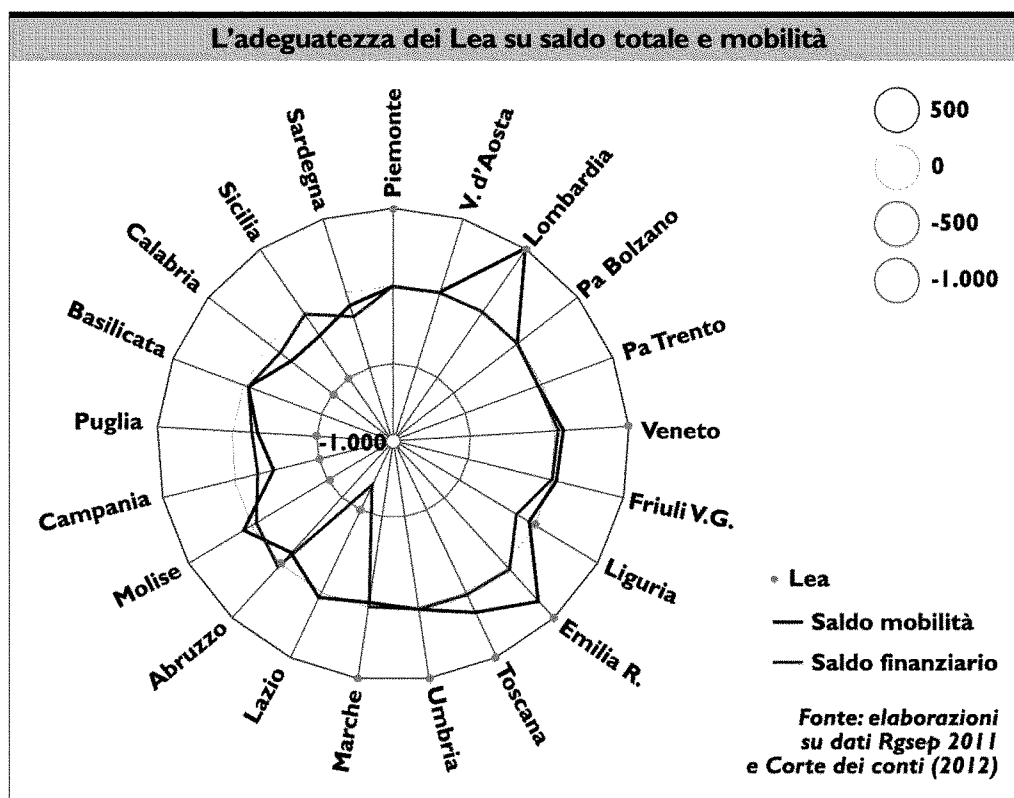
Lea: inadempiente chi è in deficit

Le Regioni in posizione critica nel 2010 erano sei (come nel 2009, quando tuttavia il loro numero era raddoppiato rispetto al 2008): Molise, Lazio, Sicilia, Calabria, Campania e Puglia. Erano invece adempienti "con impegno" l'Abruzzo (Regione indicata come inadempiente nell'anno precedente) e la Liguria (nel 2009 lo erano la Puglia, la Basilicata e la Sardegna). Nel caso della prima si è rinviato al piano di rientro per le azioni di rafforzamento, che dovranno riguardare le cure palliative e l'assistenza domiciliare e residenziale; nel caso della seconda sono stati richiesti un incremento delle attività di prevenzione e una riduzione del tasso di ospedalizzazione. Le Regioni non pienamente adempienti risultano tutte in deficit, con l'eccezione dell'Abruzzo. Pertanto, le Regioni con maggiori difficoltà da un lato non raggiungono l'equilibrio contabile, dall'altro non garantiscono l'erogazione del pacchetto di prestazioni cui i cittadini hanno diritto.

La griglia di valutazione individuata dal monitoraggio distingue il caso di valore "normale" da quelli di scostamento minimo, rilevante ma in miglioramento, non accettabile, oppure di dato mancante o errato.

Un dato che il rapporto evidenzia poi è quello del rapporto tra saldo di mobilità e saldo economico.

Alcune Regioni in disavanzo presentano un saldo negativo di mobilità interregionale più elevato del disavanzo (Campania, Puglia, Calabria e Sicilia). Queste Regioni evidentemente hanno i conti in rosso perché devono pagare i servizi che ricevono da altre Regioni. In parte, è dovuto allo stesso motivo anche il deficit della Basilicata (circa l'80%), della Sardegna (più di un terzo) e della Liguria (quasi un quarto). Al contrario alcune Regioni (in particolare la Lombardia, ma anche l'Emilia Romagna, la Toscana, il Veneto e il Friuli Venezia Giulia) vanno in attivo grazie ai servizi che cedono. E il rapporto sottolinea che «vale la pena riflettere sulle conseguenze finanziarie del gap strutturale e di qualità esistente tra i Ssr, e sui possibili effetti di un eventuale riequilibrio dei servizi forniti».



Nel 2012 i fondi per la sanità si sono ridotti di 1 miliardo netto. Ne soffre soprattutto il Sud

SE IL PUBBLICO NON È IN STUDIO

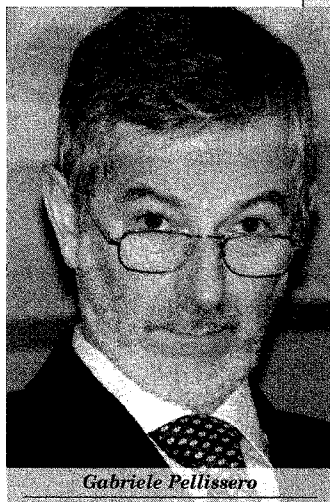
Sempre più difficile per le Regioni assicurare il servizio

PAGINA A CURA
DI PIERO PICCIOLI

Il 2013 è un anno di svolta per la sanità italiana. Per la prima volta il Fondo sanitario nazionale si riduce rispetto all'anno precedente: da 107,8 miliardi a 106,8. Un taglio netto di 1 miliardo, che non tiene nemmeno il passo con l'inflazione; nessuno in Europa ha affondato così in profondità il bisturi sulla spesa pubblica per la salute. Le regioni, che gestiscono il budget sanitario, hanno subito tagli lineari, cioè uguali per tutti, del 5% che si ripercuotono sulle risorse a disposizione delle Asl e degli ospedali e colpiscono strutture pubbliche e private. Il rischio di collasso del sistema è reale e non solo per le minori risorse a disposizione o gli sprechi e le ruberie. Il sistema dei ticket non funziona. L'ex ministro della Salute Balduzzi ha provato a riformare il meccanismo senza riuscirci, e toccherà al nuovo governo trovare una soluzione. La crisi poi ci ha messo del suo. Si calcola che nel 2012 circa 2 milioni di persone hanno lasciato la sanità pubblica: sono sempre di più gli italiani che non riescono a pagare i 45 euro del ticket di una visita specialistica o i 65 necessari a un'ecografia. «La fotografia del sistema ospedaliero del 2012», si legge nell'annuale rapporto dell'Aiopop (l'associazione degli ospedali privati), «registra la delicata fase d'intervento sulle risorse

pubbliche. Tale intervento da un lato si ripercuote sulle inadeguatezze e le contraddizioni tradizionali e, dall'altro, genera nuove distorsioni che corrono il rischio di creare seri squilibri in un sistema che risponde ai principi di universalità e solidarietà ed è basato su una logica (ancorché imperfetta) di coesistenza di strutture pubbliche e private accreditate».

Insomma, se non s'individuano



Gabriele Pellissero

e si mettono in atto misure correttive, i rischi d'implosione sono concreti. «La pressione sugli utenti», si legge ancora nel rapporto Aiopop, «è notevole, sia sul piano oggettivo che su quello della percezione. L'aumento

Pellissero (Aiopop): tagli sì, ma con criterio

«Cosa dirò al nuovo ministro della Salute quando lo incontrerò? Primo la confermo che le spending review del 2011 e 2012 hanno messo in serie difficoltà l'intero sistema sanitario, pubblico e privato». È il messaggio del professor **Gabriele Pellissero**, presidente nazionale dell'Aiopop (l'associazione degli ospedali privati), al nuovo esecutivo appena insediato, dal quale ci si aspetta molto. Per tamponare la crisi e rimettere in piedi un sistema la cui sostenibilità è dubbia: «Tra i più urgenti provvedimenti che chiederemo al nuovo governo», prosegue Pellissero, «c'è il blocco del nuovo tariffario delle prestazioni. Perché è sbagliato passare, per un pace-maker, dagli 8 mila euro del vecchio tariffario ai 4 mila del nuovo: o si rivedono le tariffe o si accettano tecnologie vecchie e superate. Sbagliato anche nel metodo perché proprio la legge 95, quella della spending review, prevede che prima di varare i provvedimenti occorre un confronto fra le parti interessate, che non c'è stato. Il nodo del tariffario compromette il funzionamento di tutto il sistema, soprattutto nelle Regioni del Sud e quelle con necessità di ricentro. Con altre associazioni di categoria stiamo preparan-

do ricorsi amministrativi ma auspichiamo una decisione del nuovo governo. A parte che non si capisce perché il tariffario sia vincolante solo per il privato e non anche per il pubblico, misure del genere fanno solo aumentare la spesa. A nostro avviso è necessario rivedere tutto quello che ha fatto il passato governo: non capiamo perché, quando si parla di tagli alla spesa pubblica, alla fine si va a colpire soprattutto la sanità». Su una spesa totale (fra pubblico e privato) di 116 miliardi, solo negli ultimi tre anni ne sono stati tagliati 4. In Francia c'è stata una mezza sollevazione perché su 171 miliardi che lo Stato destina alla salute ne sono stati tagliati 2. «O si spendono meglio le risorse, oppure dovremmo ridurre quantità e qualità dei servizi». Quali le possibili conseguenze? «Un avvittamento progressivo che impoverisce l'offerta. Il commissario della Regione Campania ha istituito un blocco alla mobilità regionale: per alcune prestazioni come oculistica e ortopedica i pazienti campani non possono rivolgersi a strutture di altre regioni. Un provvedimento, che oltre a essere illegittimo per le normative Ue, alla fine penalizza solo il paziente». (riproduzione riservata)

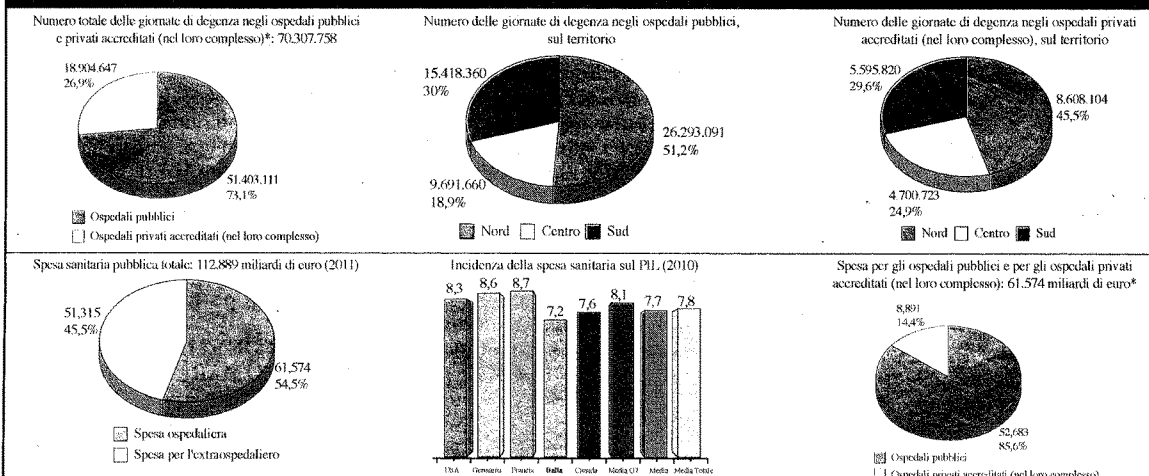
Piero Piccoli

nel periodo 2009-2011 dei ticket sanitari per visite e prestazioni specialistiche presso gli ospedali pubblici cresce dell'11,3%, mentre aumenta del 13,3% nello stesso periodo l'onere per i ticket sui farmaci, senza contare le addizionali Irpef nelle varie regioni». Questo il dato oggettivo. C'è poi la percezio-

ne degli utenti sugli effetti della spending review: il 75% degli intervistati è convinto che solo in piccola parte inciderà sull'efficienza dei servizi pubblici, con la conseguenza di ulteriori oneri a carico dei pazienti (ticket, imposte aggiuntive, minori esenzioni) o comunque di una riduzione di numero e qualità dei servizi.

Completa il quadro una recente ricerca del Censis, da cui emergono dati significativi. In particolare, la frenata della spesa pubblica negli ultimi dieci anni (a conferma che i problemi vengono da lontano) con il conseguente aumento di quella privata (+25,5%). Ma c'è anche un altro aspetto, quello che dà il titolo alla ricerca Censis «la sanità negata»: sono 9 milioni gli italiani che, per motivi economici, sono stati costretti a rinunciare ad alcune prestazioni. Sanità negata perché i tagli alla spesa pubblica significano riduzione delle prestazioni gratuite, lunghe liste d'attesa e disservizi. Il 61% sono donne, 2,4 milioni sono anziani, 4 milioni vivono al Sud, 5 milioni sono coppie con figli. Il fenomeno, come spiega il Censis, è particolarmente accentuato nelle Regioni con necessità di ricentro dal deficit sanitario, dove la crescita media della spesa pubblica è calata dal +6,2% del 2000-2007 a meno dell'1% nei tre anni successivi. Un gap, quello tra esigenze finanziarie e risorse a disposizione per la sanità pubblica, destinato ad aumentare fino a raggiungere i 17 miliardi nel 2015. Il tempo per correggere la rotta non è molto.

I NUMERI DELLA SANITÀ IN ITALIA*



(*) Gli ospedali accreditati (nel loro complesso) comprendono oltre le case di cura accreditate; i Policlinici universitari privati, gli IRCCS privati, gli Ospedali ecclesiastici classificati, gli Istituti-Presidi delle ASL ed infine gli Istituti di ricerca. Fonte: indagine Ermenegoni - Studi & Strategie di Sistema, 2012 *giornate di degenza anno 2010 - spesa anno 2011

Progressi di salute a rischio se si riducono le tutele

Manca una corrispondenza tra bisogni potenziali e risorse

Nel Paese la pressante crisi economica e i vincoli di finanza pubblica stanno imponendo una profonda revisione della spesa pubblica, con il duplice obiettivo di ridurre i livelli e recuperare efficienza. Il settore della Sanità pubblica sta sperimentando questo processo di razionalizzazione già da qualche anno, a causa dei cospicui deficit registrati dai Ssr, a fronte dei quali la maggior parte delle Regioni è stata sottoposta ai cosiddetti piani di rientro. Gli interventi osservati in questi ultimi anni hanno portato a un rallentamento della spesa sanitaria (nel 2011 +0,1% rispetto al 2010), a una forte riduzione dei posti letto ospedalieri (da circa 270mila del 2004 a circa 251mila del 2010) e della spesa farmaceutica (-12% rispetto al 2008), oltre a un sensibile aumento dei ticket e della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (la legge 111/2011 prevede maggiori entrate per 834 milioni di euro annui fino al 2015). Le Regioni stimano che gli interventi del Governo centrale causeranno una riduzione di 8 miliardi dal 2013 fino ad arrivare a 11 miliardi nel 2015.

L'attuale quadro economico che il nostro Paese sta vivendo minaccia di compromettere i progressi fatti nel corso degli anni in tutte le dimensioni del benessere della popolazione, le misure di austerità programmate per far fronte alla crisi, sia a livello centrale che locale, minacciano la già precaria sostenibilità del settore. La preoccupazione è che i tagli previsti possano diminuire i livelli di tutela del sistema, indebolendo la sua funzionalità proprio in un periodo di recessione economica.

Il Rapporto Osservasalute, giunto al decimo anno, ha seguito costantemente le evoluzioni del Ssn, i risultati emersi nel corso degli anni ci restituiscono un quadro in chiaroscuro della realtà italiana.

Gli aspetti positivi riguardano le condizioni di salute degli italiani che sembrano migliorare costantemente, almeno se misurate attraverso la speranza di vita: si attesta a 84,5 anni per le donne e 79,4 per gli uomini, dal 2007 tale aumento è stato, rispettivamente, di +0,7 e +0,5 anni. Altri segnali confortanti per la salute vengono anche dalla riduzione dei rischi di morte a causa di patologie per le quali è importante l'efficacia dell'azione della prevenzione primaria e secondaria del Ssn. Diminuiscono, infatti, principalmente, le morti a

causa del sistema circolatorio (da 41 per 10mila maschi del 2006 a 37 del 2010; da 28 a 26 per le donne) e dei tumori (da 38 per 10mila maschi del 2006 a 35 del 2010; da 20 a 19 per le donne) e i decessi che la letteratura internazionale definisce prematuri, cioè che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure efficaci (da 63,9 per 100mila abitanti del 2006 a 61,7 del 2009).

Gli aspetti negativi riscontrati dal Rapporto riguardano gli stili di vita degli italiani, infatti se da un lato diminuiscono i fumatori (2 ogni 10 residenti) e aumentano coloro che non consumano alcol (32,7% della popolazione), dall'altro non accenna a diminuire il numero di persone che hanno un consumo di alcol elevato; si abbassa l'età media (11-12 anni, la più bassa in Europa) dei ragazzi che praticano il binge drinking (300mila giovani tra gli 11-15 anni); aumentano le persone obese (il 10% della popolazione) o in sovrappeso (il 35,8% dei residenti) e sono ancora pochi gli italiani che praticano attività fisica con continuità (21,9%).

Il Rapporto Osservasalute segnala altri elementi su cui riflettere che sono emersi costantemente nel corso degli anni e che non accennano a diminuire: i divari regionali. Infatti, anche questo Rapporto si trova a dover rimarcare la persistenza dei differenziali regionali che si evincono in quasi tutti gli aspetti indagati. In termini di speranza di vita, nel 2011, tra gli uomini 78,8 anni nelle Regioni del Sud, contro 79,7 del Centro-Nord; tra le donne, 83,9 anni nel Sud, 84,7 nel Nord e 84,8 nelle Regioni centrali. Anche per la speranza di vita in buona salute è evidente lo svantaggio del Sud: nel 2009, 55,6 anni tra gli uomini e 53,6 tra le donne, contro una media nazionale di 57,8 per gli uomini e 55,2 per le donne.

In termini di risorse, a fronte di un evidente deficit di salute, le Regioni del Sud ricevono meno risorse economiche (nel 2011 Calabria 1.704 euro pro capite, Campania 1.710 euro, contro una media nazionale di 1.851 euro pro capite), dispongono di meno posti letto per assistenza socio-sanitaria (non supera 366 per 100mila residenti al Sud, raggiunge 568 per 100mila in media nazionale) e per assistenza domiciliare integrata (987 assistiti per 100mila residenti nel Sud, 1.305 nel Nord). Queste evidenze richiamano la necessità di rivedere i criteri di finanziamento

regionali e di dotazione di strutture e servizi: nei dati rilevati non si riscontra una corrispondenza tra bisogni potenziali e risorse disponibili.

Nella sua decima edizione Osservasalute ha affrontato, per la prima volta, il tema della valutazione di alcune dimensioni della performance del Ssn (efficienza, efficacia, accessibilità e soddisfazione). L'analisi, oltre a confermare i tradizionali differenziali Nord-Sud, segnala preoccupanti trade-off sui quali riflettere. La Valle d'Aosta è la Regione migliore, mentre Campania, Puglia e Sardegna sono le Regioni che hanno fatto registrare la peggiore performance rispetto alla maggior parte degli indicatori. Valle d'Aosta, Emilia Romagna e Umbria sono le Regioni migliori per i risultati di esercizio ed efficacia del sistema. Attenzione ai trade-off dell'efficienza, infatti lo sforzo dei Ssr indirizzato verso il recupero di efficienza della spesa può portare a trascurare i risultati, come accade, per esempio, a Bolzano e in Abruzzo che hanno i conti in ordine ma conseguono scarsi risultati in termini di speranza di vita, mortalità e ospedalizzazione evitabile.

Alessandro Solipaca

Segretario scientifico dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane dell'Università Cattolica di Roma

È necessario rivedere i criteri di finanziamento regionali

SPECIALIZZANDI

Aspiranti medici, c'è il concorso

Prende avvio l'iter procedurale propedeutico al concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria. Prima prova (quiz) fissata il 2 luglio per l'area medica, il 3 luglio per la chirurgica e il 4 per l'area dei servizi. Confermata la riduzione preventivata del 10% del contingente di contratti da assegnare tramite le prove di selezione (da 5.000 a 4.500), ma i giovani medici rimangono spiazzati dall'allargamento della base degli ammissibili al concorso: l'avvio delle attività, infatti, stabilito dal Miur per il 22 luglio 2013, consentirà la partecipazione al concorso di circa 1.500 neolaureati che conseguiranno l'abilitazione nella sessione del 10 luglio 2013. In sintesi, diminuiscono i contratti e aumentano i concorrenti. La riduzione dei contratti, lamenta con una nota il Sindacato dei giovani medici (Sigm), deriva non da un taglio effettivo, bensì da una cattiva programmazione e, nello specifico, dal mancato adeguamento del capitolo di spesa dei contratti ministeriali a fronte dell'incremento della durata di un anno di quasi tutte le scuole di specializzazione, introdotto dalla riforma del 2005 dell'ordinamento didattico.

Specializzazioni Tagli per 500 posti

DI ETTORE MAUTONE

Un taglio netto di 500 posti per i medici specializzandi in tutta Italia: a denunciarlo è il sindacato medici italiani (Smi). Il decreto del ministero dell'Università e ricerca con cui vengono assegnati i contratti di formazione specialistica per il biennio 2012-2013 ha infatti riservato una brutta sorpresa ai giovani camici bianchi. I posti saranno 4.500, diminuiti del 10 per cento rispetto ai 5 mila degli anni scorsi. "E' un vero e proprio attentato al diritto allo studio e al diritto alla salute - dice il presidente nazionale dello Smi, **Giuseppe Del Barone** - stiamo spingendo i nostri migliori professionisti a scappare all'estero. E' un fatto inaccettabile - aggiunge il numero uno del sindacato - è l'ennesimo colpo alla categoria, in particolare ai professionisti più giovani già vessati da innumerevoli problemi. Siamo al fianco di questi professionisti, condivideremo e sosterremo in ogni sede le loro sacrosante rivendicazioni". Un altro nodo da sciogliere, spiegano dallo Smi, sarà la questione borse di studio regionali su cui potrebbe saltare la copertura necessaria. Ed è la Campania una delle regioni più colpite dai tagli ai posti di specializzazione in medicina: in totale sarebbero 34 i posti in meno sui 500 complessivi spalmati in tutti gli altri Atenei italiani. Nel dettaglio alla Federico II il taglio sarà di 19 posti, al II° Ateneo di 15: per Anestesia e rianimazione e terapia intensiva passano da 20 a 19 alla Federico II e da 27 a 25 al II Ateneo, per Cardiocirurgia da 3 a 2 alla Federico II, in Chirurgia dell'apparato digerente al II Ateneo da 3 a 2, per Chirurgia generale al II Ateneo da 9 a 8, per Chirurgia pediatrica al II Ateneo da 2 a 1, per Chirurgia plastica e ricostruttiva al II Ateneo da 3 a 2, per Chirurgia vascola-



ria da 4 a 3 alla Federico II, per Dermatologia e venerologia da 4 a 3 alla Federico II, Ematologia alla Federico II da 5 a 4, Geriatria da 7 a 6 alla Federico II e da 4 a 3 al II Ateneo, Ginecologia da 10 a 9 alla Federico II, Igiene e medicina preventiva da 7 posti a 6 alla Federico II, Malattie dell'apparato cardiovascolare da 9 a 8 posti sia alla Federico II che al II Ateneo, Malattie dell'apparato respiratorio da 4 a 3 al II Ateneo, Malattie infettive da 4 a 3 alla Federico II, Medicina fisica e riabilitativa da 5 a 4 alla Federico II e da 7 a 6 al II Ateneo, Microbiologia e virologia da 2 a 1 alla Federico II, Neuropsichiatria infantile da 4 a 3 al II Ateneo, Oftalmologia da 4 a 3 sia alla Federico II che al II Ateneo, Oncologia alla Federico II da 7 a 6 e al II Ateneo da 5 a 4, Ortopedia alla Federico II da 6 a 5 e al II Ateneo da 8 a 7, Otorinolaringoiatria alla Federico II da 6 a 5 e al II Ateneo da 3 a 2, Patologia clinica alla Federico II da 6 a 5, Pediatria alla Federico II da 15 a 14, Psichiatria alla Federico II da 7 a 6 e al II Ateneo da 11 a 10, Radiodiagnostica alla Federico II da 19 a 18, Radioterapia al II Ateneo da 3 a 2, Reumatologia al II Ateneo da 4 a 3, Urologia alla Federico II da 6 a 5. In controtendenza la Medicina interna che alla Federico II aumenta da 10 a 11 posti, la Radioterapia che alla Federico II passa da 3 a 6 posti e la radiologia che al II Ateneo passa da 7 a 8 posti. ●●●

Ricerca e sviluppo impossibili senza etica

Nella definizione del termine etica intendiamo in senso ampio, quel ramo della filosofia che si occupa di qualsiasi forma di comportamento umano, politico, giuridico o morale; in senso stretto, invece, l'e. va distinta sia dalla politica sia dal diritto, in quanto ramo della filosofia che si occupa più specificamente della sfera delle azioni buone o cattive e non già di quelle giuridicamente permesse o proibite o di quelle politicamente più adeguate. Nel nostro paese affinché noi possiamo ripartire in un senso socialmente degno e produttivo dobbiamo ripartire dal coltivare l'etica. Negli ultimi anni l'etica è stata declassata, depauperata trasformata in qualcosa di accessorio non fondamentale. Con questo processo di trasformazione si sono segregate le regole nonché il livello di democratico senso dell'etica. Per ripartire bisogna ridipingere il concetto di etica comune ed identificarsi in essa. Ripartire da valori etici per un corretto funzionamen-to e per la ridefinizione di regole pratiche Siamo arrivati al bivio della riflessione comune :avanzare o indietreggiare ma che parta dagli uomini o che cominci dalle donne poco importa resta la necessità vitale di metterlo in atto. Affinché non vogliamo assistere ad un ulteriore depauperamento della cultura con la sparizione di una società concreta e solida che ricordi un passato ma sviluppi un futuro nuovo con il presente innovato. Per migliorare e salvaguardare la qualità della specie e delle persone. L'etica deve guidare il singolo per creare la società ; l'innovazione attraverso l'etica può guidarci fuori dalla crisi.

Marilù Bartiromo
Associazione donne medico

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI
IRCCS - Fondazione Pascale

I.N.T. FONDAZIONE G. PASCALE NAPOLI

Estratto dell'avviso di selezione pubblica per il conferimento di n. 2 incarichi di collaborazione esterna per Biologi, per attività da espletarsi presso la S.C. Genomica Funzionale - Resp. Dr. Gennaro Chiappetta, ex art. 7 co. 6 - bis D.L.vo 165/01. Termine di scadenza 10/05/2013 - Sito Web www.istitutotumori.na.it.

F/TO IL DIRETTORE
S.C. AMM.VA RICERCA
Dr.ssa Vincenza Farinari

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI
IRCCS - Fondazione Pascale

I.N.T. FONDAZIONE G. PASCALE NAPOLI

Estratto dell'avviso di selezione pubblica per il conferimento di n. 1 incarico di collaborazione esterna per Chirurgo, per attività da espletarsi presso il Dipartimento di Oncologia Addominale - Resp. Dr. Francesco Izzo, ex art. 7 co. 6 - bis D.L.vo 165/01. Termine di scadenza 10/05/2013 - Sito Web www.istitutotumori.na.it.

F/TO IL DIRETTORE
S.C. AMM.VA RICERCA
Dr.ssa Vincenza Farinari

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI
IRCCS - Fondazione Pascale

I.N.T. FONDAZIONE G. PASCALE NAPOLI

Estratto dell'avviso di selezione pubblica per il conferimento di n. 1 incarico di collaborazione esterna per Biologo, per attività da espletarsi presso la S.C. Oncologia Medica Uro-Ginecologica - Resp. Dr. Sandro Pignata, ex art. 7 co. 6 - bis D.L.vo 165/01. Termine di scadenza 10/05/2013 - Sito Web www.istitutotumori.na.it.

F/TO IL DIRETTORE
S.C. AMM.VA RICERCA
Dr.ssa Vincenza Farinari

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI
IRCCS - Fondazione Pascale

I.N.T. FONDAZIONE G. PASCALE NAPOLI

Estratto dell'avviso di selezione pubblica per il conferimento di n. 1 incarico di collaborazione esterna per Data Manager, per attività da espletarsi presso la S.C. Chirurgia Oncologica Addominale ad indirizzo Epato biliare - Resp. Dr. Francesco Izzo, ex art. 7 co. 6 - bis D.L.vo 165/01. Termine di scadenza 10/05/2013 - Sito Web www.istitutotumori.na.it.

F/TO IL DIRETTORE
S.C. AMM.VA RICERCA
Dr.ssa Vincenza Farinari



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Medicina / 1

Oggi al via il seminario sul nursing in cardiologia

Oggi, a partire dalle ore 9.30, a Palazzo Paolo V di Benevento, incontro scientifico interattivo tra professionisti della medicina sulla buona prassi clinica e nursing in cardiologia. Ospite d'onore sarà il professore Francesco Romeo, Presidente della Federazione Italiana di Cardiologia e Direttore della Cattedra di Cardiologia dell'Università Tor Vergata di Roma. Il titolo è «L'aricetta del buon dottore 2013»: obiettivo del seminario sarà quello di identificare nuovi percorsi diagnostico-terapeutici per il paziente cardiopatico. Dopo i saluti di Marino Scherillo, capo del dipartimento di Cardioscienze dell'ospedale "Gaetano Rummo" di Benevento, avranno inizio i diversi forum, durante i quali relazioneranno Pasquale Perrone Filardi, Francesco Romeo, Luigi Ascione, Fortunato Scotto di Uscio, Antonio Palermo, Gerolamo Sibilio. I temi trattati saranno diversi: si va dalle strategie farmacologiche nella prevenzione delle malattie cardiovascolari, al trattamento farmaco-interventistico nell'infarto miocardico acuto sterno, dall'insufficienza mitralica severa, alla strategia farmaco-interventistica nell'anziano e all'anemia e scompenso cardiaco. Durante l'ultimo forum si tratterà dei nuovi anticoagulanti orali nella fibrillazione atriale con Franco Mascia, Franco Marchese, Giovanni Stanco. Il panel di esperti è composto da Claudio Di Gioia, Luigi Di Lorenzo, Domenico Miceli, Vincenzo Rocco e last but not least Paolo Silvestri. Lo slogan dell'iniziativa scelto dal team di esperti è: «Far Bene il Bene è possibile, se fai quello che devi e ti metti in quello che fai». L'evento dà crediti Ecm.

do.fa.

Medicina / 2

Nuove regole per ottenere l'ossigeno in farmacia

L'asl di Benevento comunica che da domani il servizio di distribuzione dell'ossigeno liquido ai pazienti residenti nel territorio di Benevento sarà erogato tramite le Farmacie convenzionate con l'esibizione della Tessera Sanitaria in corso di validità. Pertanto, il paziente che per la prima volta deve avere la fornitura dell'ossigeno liquido, prescritta su piano terapeutico dallo specialista prescrittore deve recarsi presso il distretto Sanitario di appartenenza ove sarà inserito sul portale informatico e sarà autorizzato a recarsi in farmacia per il ritiro, esibendo la sola Tessera Sanitaria. Per le forniture successive e fino a scadenza del piano terapeutico i pazienti potranno recarsi direttamente, muniti indispensabilmente della Tessera Sanitaria in corso di validità, in qualsiasi farmacia di Benevento e provincia per il ritiro dell'ossigeno liquido senza passare dal medico di medicina generale. Qualora il piano terapeutico dovesse essere scaduto o fosse in scadenza o necessitasse di modifica è necessario provvedere all'adeguamento dello stesso prenotandosi per visita pneumologica. Nulla cambia per le forniture in corso, fino alla scadenza del piano terapeutico. Lo Specialista Pneumologo Prescrittore, come si sa, redige il Piano Terapeutico per un periodo massimo di un anno e nei limiti quantitativi definiti in base alla diagnosi e alle disposizioni vigenti. Per ulteriori chiarimenti i pazienti devono rivolgersi alle unità di assistenza sanitaria dei distretti di residenza.

Si sblocca la vicenda del distretto sanitario

Angri: dopo la delibera di Squillante, il sindaco prepara quella dell'amministrazione municipale

► ANGRÌ

Sembra sbloccarsi la spinosa vicenda relativa alla dislocazione del distretto sanitario di Angri. Ad annunciarlo è il sindaco **Pasquale Mauri**. Dopo la delibera 213/2013, sottoscritta dal direttore generale dell'Asl, **Antonio Squillante**, l'Azienda sanitaria si è impegnata ad investire 250.000 euro per l'utilizzazione dell'immobile di via Dei Goti e per rendere da subito operativa la sede per garantire i servizi di assistenza sanitaria ai cittadini.

«L'ufficio patrimonio e lavori pubblici stanno già preparando la delibera - anticipa Mauri - che giovedì sarà adottata dalla giunta. Dopo quest'atto ci

aspettiamo che inizieranno i lavori per la trasformazione sanitaria della struttura di via Dei Goti. In uno dei prossimi consigli comunali, inoltre, porteremo all'ordine del giorno anche l'approvazione della permuta, ovvero della struttura di via Dei Goti con le tre strutture di via Semetelle, via San Giacomo, e via Badia. «L'Asl mi ha comunicato - continua Mauri - di essere d'accordo a compensare questa cifra che spenderà per rendere idoneo la struttura sanitaria con i canoni che dovrebbe dare al comune di Angri. Ed è evidente che noi abbiamo accettato questa soluzione che vede penaliz-



Il sindaco Pasquale Mauri



Il manager Asl Antonio Squillante

zato il comune di Angri sotto un profilo economico, perché abbiamo inteso rispettare un protocollo d'intesa stipulato, a suo tempo, tra me, il consiglier-

re provinciale **Fausto Postiglione** ed il commissario prefettizio, perché ad Angri dovranno essere erogati servizi sanitari che ad oggi non vengono erogati dal distretto».

Dopo l'atto deliberativo dell'Asl, l'associazione Noi con l'Italia aveva puntato il dito contro l'amministrazione comunale: «Tutto ciò sarà possibile - evidenziavano gli attivisti - quando Mauri deciderà di firmare il contratto di comodato d'uso gratuito della durata di cinque anni». E Mauri ribatte a tono: «Ci auguriamo che, invece di fare chiacchiere e polemiche, nei prossimi giorni partano subito i lavori per darci quella struttura che abbiamo sempre sognato. Noi abbiamo fatto la nostra parte, aspettiamo che la facciano anche gli altri».

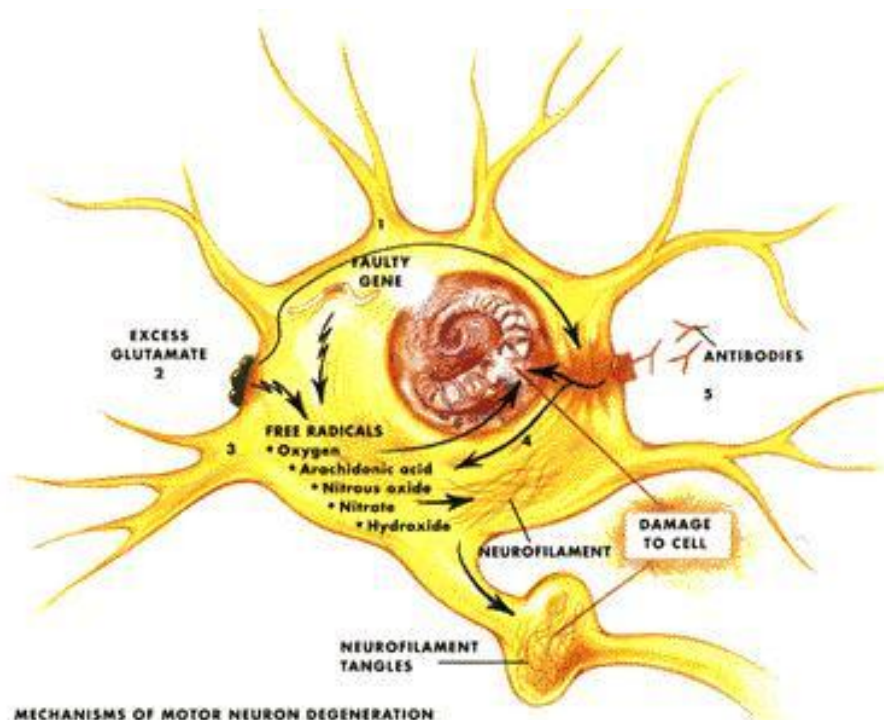
Maria Paola Iovino

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News

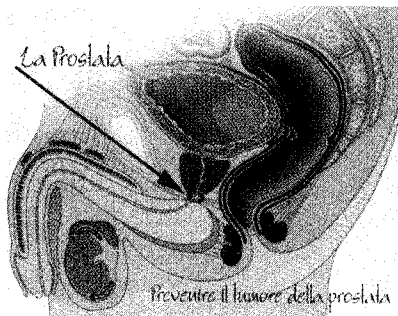


Salute

In collaborazione con Adnkronos Salute



CANCRO DELLA PROSTATA, ARRIVA UN NUOVO FARMACO



E' a capo di una nuova classe di farmaci per il cancro alla prostata in fase avanzata; non si tratta di un chemioterapico, ma di una molecola che punta direttamente ad un enzima: il CYP17, per impedire la produzione di testosterone - (la "benzina" del tumore) - nei testicoli, nelle ghiandole surrenali e anche nelle cellule tumorali, target non raggiunto dalla classica terapia ormonale. A oltre un anno e mezzo di distanza dall'approvazione europea, abiraterone acetato approda anche in Italia. L'ok dell'EmA, per il carcinoma pro-

statico resistente alla terapia ormonale classica in pazienti che hanno già ricevuto un trattamento chemioterapico, risale al mese di settembre del 2011. "Anche in Italia quindi, dopo due anni, sarà disponibile un farmaco innovativo, derivato dalla nostra ricerca - ha spiegato il Presidente di Janssen Italia, Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farindustria, - durante un incontro a Milano, e speriamo che non si verifichino dei ritardi nell'accesso con il problema delle Regioni che per inserirlo nei loro prontuari a volte fanno passare anche 340 giorni. Ma ciò questa volta sicuramente non si verrà a creare, perché il nuovo farmaco è stato considerato innovativo e il decreto salute firmato da Balduzzi prevede che le Regioni lo mettano automaticamente da subito a disposizione dei pazienti. Mi auguro, per i malati, che stanno aspettando da tempo, che questo accada veramente. Anche se noi abbiamo garantito finora l'accesso anticipato per 1.500 pazienti circa su un totale di circa 3 mila". La molecola targata Janssen, hanno spiegato nei giorni scorsi gli esperti, agisce direttamente sul processo di autoalimentazione del tumore e si è dimostrata capace di prolungare la vita di questi pazienti e di migliorarne la qualità. Sul farmaco è stato condotto il più grande studio di fase III sul carcinoma della prostata: sono stati dunque arruolati 1.195 pazienti con carcinoma prostatico avanzato in fase di progressione documentata, già trattati con docetaxel (un chemioterapico) e sottoposti a terapia ormonale classica. I dati, pubblicati nel maggio 2011 sul "New England Journal of Medicine" e su "Lancet Oncology" nel settembre 2012, hanno dimostrato che "il trattamento con abiraterone acetato ha prodotto una riduzione maggiore del 25% del rischio di morte rispetto al gruppo di controllo; il vantaggio di sopravvivenza tra abiraterone e controllo è stato del 40%, con una mediana di sopravvivenza globale rispettivamente di 15,8 mesi nel gruppo con abiraterone e 11,2 mesi in quello di controllo". Per i pazienti con tumore prostatico in fase avanzata metastatica, non si è registrato solo un vantaggio in termini di sopravvivenza e tollerabilità, ma c'è stato anche "un effetto palliativo del dolore nel 45% dei casi, contro il 28% del gruppo controllo. Inoltre i pazienti trattati hanno ritardato l'impiego di antidolorifici, con una differenza mediana di 8 mesi". La molecola si presenta come una nuova importantissima arma, secondo gli oncologi, per un cancro che si trova attualmente in testa alla classifica dei tumori maschili per incidenza ed è destinato ad aumentare ancora. ●●

La fama accorcia la vita Sportivi e Vip cagionevoli

Chi è famoso rischia di avere una vita più breve rispetto a chi non gode di fama. E' uno studio americano "Death in the New York Times" ad evidenziarlo. Lo studio è stato firmato da Richard Epstein e Catherine Epstein del Clinical Informatics & Research Centre dell'ospedale St.Vincent di Sydney e pubblicato sulla rivista Qjm: An international journal of Medicine.

Partendo dal presupposto che i necrologi pubblicati sul New York Times contengono spesso note biografiche sulla carriera del defunto, i ricercatori ne hanno analizzati 1.000 tra il 2009-2011 raggruppandoli per sesso, età, professione e causa di morte e li hanno divisi in 4 grandi categorie professionali: personaggi dello spettacolo-sportivi, rispetto a quello degli artisti e (78,5), dei docenti universitari (81,7) e dei militari-politici (83). Al momento di esaminare le cause delle morti precoci, i ricercatori hanno scoperto che molte erano associate ad incidenti, malattie infettive (incluso l'Hiv) e alcuni tumori. In generale, poi, i decessi legati al cancro sono stati più frequenti nei personaggi dello spettacolo (27 per cento) e negli artisti (29 per cento), rispetto a docenti (24 per cento). ●●●

SOCIAL NETWORK CORSA AL RITOCO

L'enorme diffusione dei social network, sta spingendo sempre più persone ad uscire dall'anonimato e a rendersi visibili sul web.

E così se inizialmente era l'utilizzo di Photoshop a "cambiare" i volti di tali persone e renderle quindi gradevoli e presentabili, oggi "abbiamo registrato un'impennata dei ritocchi al viso fra coloro che navigano in Internet", hanno affermato gli esperti: un fenomeno testimoniato negli States dagli ultimi dati della Società Americana di Chirurgia Plastica (Aaps) sugli interventi eseguiti nel 2012. A puntare il dito sull'effetto collaterale estetico della passione per Facebook e i social network, è Giulio Basocco, specialista in chirurgia plastica presso l'Ini, Istituto Neurotraumatologico Italiano. Il report americano riporta dunque un aumento del 2,5 per cento del lifting rispetto al 2011 e soprattutto un +24 per cento per i ritocchi non invasivi, dai filler al laser fino al botulino, "un'impennata che si è verificata anche in Italia dove la crisi e il costo maggiormente accessibile di questi trattamenti, ha favorito la forte crescita di richieste, rispetto ai più impegnativi lifting e blefaroplastica.

E se la Società americana attribuisce l'impennata delle domande di ritocco con l'onnipresenza dei social media nelle nostre vite, personali e professionali, posso affermare di condividere questa chiave di lettura.

Ceinge, terapie tagliate su misura Ma rischia di morire di credito

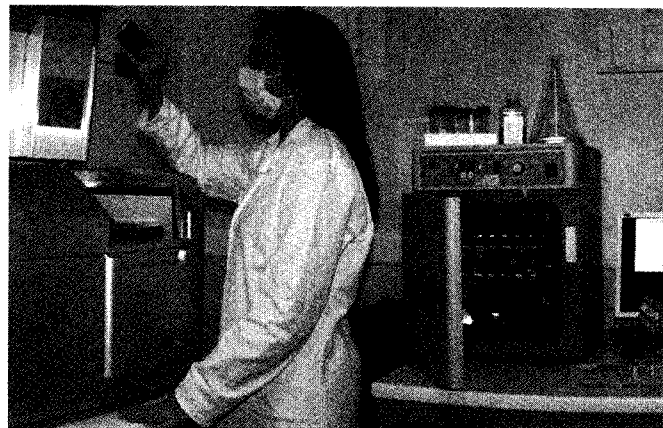
Di CRISTIAN FUSCHETTO

Dalla "carta d'identità" microbica a innovative molecole "ingegnerizzate" per combattere tumori pediatrici, fino al più prestigioso premio internazionale nel campo della lotta alla schizofrenia.

C'è qualità, è ovvio, ma a quanto pare anche tantissima quantità. Non a caso si tratta di uno dei primi centri di biotecnologie costituiti in Italia, il primo in assoluto del Sud. Fondato nel 1983, il Ceinge può ora contare su venti piattaforme infrastrutturali tecnologiche che, come spiega Francesco Salvatore, fondatore e coordinatore scientifico del centro di ricerca, "sono di enorme facilitazione e supporto alle ricerche biomediche nel campo delle staminali e, tra queste, senz'altro quelle specializzate nel sequenziamento di acidi nucleici ad alta produttività". In gergo si parla di proteomica e di metabolomica, due snodi centrali della genetica di futura generazione, entrambi di casa al Ceinge. Non stupisce quindi che nei primi mesi del 2013 molte delle ricerche condotte presso il centro partenopeo siano state pubblicate su alcune delle più importanti riviste scientifiche internazionali.

Identità microbica contro per terapie personalizzate

A pubblicare la ricerca sulla carta d'identità microbica è l'"American Journal of Gastroenterology" del gruppo Nature. L'uomo è colonizzato dai microbi, questo l'assunto da cui sono partiti i ricercatori del Ceinge coordinati da Lucia Sacchetti in collaborazione da Annamaria Staiano e Carolina Ciacci. In condizioni di normalità questi microbi aiutano l'organismo a svolgere funzioni importanti come la digestione e la difesa immunologica. "La comunità microbica, chiamata microbioma - spiega la Sacchetti - è specifica per ciascun individuo e la sua caratterizzazione, sia a livello qualitativo che quantitativo, può essere considerata una vera e propria carta di identità". Nei laboratori del Ceinge, grazie alla tecnologia all'avanguardia della piattaforma di Metagenomica, gli studiosi sono in grado di tracciare il Dna dell'intera flora batterica di un tessuto. "Ciò è fondamentale - continua la ricercatrice - nello studio delle alterazioni presenti negli ammalati di patologie come il diabete, l'obesità e le malattie infiammatorie dell'intestino quali il Crohn". La carta d'identità microbica può aiutare a comprendere lo sviluppo di tali patologie e a fotografare i vari stadi della microflora nel corso della malattia e quin-



di le eventuali modifiche subite. Le ricerche sul morbo di Crohn hanno fotografato il tratto dell'intestino interessato dall'infiammazione nella fase acuta della malattia e nella fase di quiescenza, ponendo così le basi per future terapie personalizzate, a base di batteri, che possano ripristinare le alterazioni del microbioma.

Riconoscimenti internazionali

Un altro studio condotto da un'equipe internazionale guidata dal Massimo Zollo, docente di Genetica alla Federico II e Group leader del Ceinge, ha rivelato il legame tra un gene e una proteina (H-Prune) e un gene coinvolto nel processo metastatico nel tumore pediatrico neuroblastoma. Gli scienziati hanno creato una molecola artificiale in grado di "spiazzare" la proteina e di condizionarne la tendenza a legarsi con il gene, fornendo concrete speranze per nuovi farmaci. La ricerca è stata pubblicata su "Scientific Reports". Così come a nuovi farmaci potrebbe condurre le ricerche su gravi forme di anemia, le stomatocitosi ereditarie, condotte da Achille Iolascon. A queste soddisfazioni si è inoltre aggiunto il premio Nasard, riconoscimento conseguito da Alessandro Usiello (nella foto) della Seconda Università di Napoli per i suoi studi sulla schizofrenia. Oltre a essere culla di ricerche il Ceinge è anche incubatore di impresa. Ha una sede presso il centro napoletano Okairos, presieduta dallo scienziato Riccardo Cortese, che è in fase avanzata nella sperimentazione di un vaccino umano nel campo del virus sinciziale, grazie al quale è stato inserito tra i "Top Project to Watch" nel campo delle malattie infettive.



UNA STORIA LUNGA 30 ANNI

Nato nel 1983, il centro di ricerche diretto da Francesco Salvatore (nella foto) ha tra i suoi soci la Regione Campania, l'Università Federico II, la Provincia di Napoli, la Camera di Commercio partenopea e il Comune di Napoli.

Svolge ricerca nel campo delle biotecnologie avanzate e si occupa di trasferimento dei risultati al settore produttivo. Mette a disposizione degli enti infrastrutture di alta tecnologia, mentre con il DAsMeLab della Federico II provvede all'erogazione di prestazioni diagnostiche e assistenziali in settori altamente specialistici in campo diagnostico sia a favore di singoli, che delle Asl o di Aziende ospedaliere.



In attesa che la Regione saldi il conto

"Si tratta anche qui e sempre di ricerche rese possibili oltre che dal "know how" e dallo "skill" dei ricercatori che lavorano al Ceinge - dice Salvatore - anche dalle particolari condizioni strutturali ed operative presenti nella nostra struttura, dove le piattaforme strutturali dotate di personale di alta qualificazione consentono di sviluppare ricerche ed attività di elevato valore e difficile complessiva realizzazione". Ma non mancano le difficoltà. Attualmente il centro vanta crediti nei confronti di enti territoriali, in primis dalla Regione, per prestazioni stanziati nel 2008 e già quasi completamente realizzate. Inevitabile, dunque, il cumulo dei debiti nei confronti di fornitori e imprese. ●●●

L'oncologia/2

**SCOPERTA LA PROTEINA
CHE RIPARA IL DNA**

Individuata una delle proteine determinanti nella formazione dei tumori da uno studio del Dipartimento di Bioscienze dell'università di Milano pubblicato su *Molecular Cell*. La proteina ripara gli errori nella replicazione del Dna, processo che avviene a partire dalla cellula progenitrice e continua poi per tutta la vita. L'alterazione della proteina si associa allo sviluppo di vari tipi di cancro e la scoperta apre nuove prospettive di cura. La ricerca è stata finanziata dall'Associazione italiana ricerca cancro, Telethon e dal ministero Università e Ricerca.