

# FAMIGLIA CRISTIANA



## IL MEDICO

### La falsa pista dei "marcatori"

Gentile dottore, nella mia famiglia ci sono stati molti casi di tumore e sono piuttosto spaventato. So dell'esistenza di particolari esami del sangue che permettono d'identificare la presenza di tumori, i cosiddetti "marcatori". A scopo cautelativo vorrei eseguire questi accertamenti almeno una volta l'anno. Ma il mio medico non è d'accordo.

ENRICO G., FABRIANO

E il suo medico ha ragione. I marcatori tumorali non devono mai essere usati in modo improprio, come *screening* generale senza segni clinici e/o strumentali che ne comprovino l'utilità. Da soli non sono in grado di fare diagnosi sicura di neoplasia; hanno un'alta percentuale di "falsi positivi", cioè possono risultare alterati senza che ci sia la benché minima patologia tumorale. In conclusione, richiedere un marcatore senza un sospetto clinico è scorretto, crea ansia e aumenta inutilmente i costi della Sanità.

## Lotta contro il cancro battaglia contro il tempo

La diagnosi precoce è tuttora una delle armi migliori che abbiamo nella lotta contro la malattia più temuta: il cancro. Il miglioramento dei metodi di analisi ha portato i clinici a fare diagnosi di tumore maligno quando questo è ancora ai primissimi stadi del suo sviluppo e, nella maggior parte dei casi, non ha ancora dato segni della sua presenza.

Tutto questo ha contribuito al miglioramento della prognosi della maggior parte dei casi di neoplasia, **ma purtroppo esistono tumori che, anche se scoperti precocemente, si diffondono velocemente e portano a morte il paziente.**

La ricerca internazionale è conscia che c'è ancora tanta strada da fare. **E nuovi strumenti sono allo studio per poterci permettere diagnosi sempre più precoci** (anche di anni rispetto alle attuali metodiche) e persino di capire se un tumore sarà più o meno aggressivo.

FILIPPO TRADATI

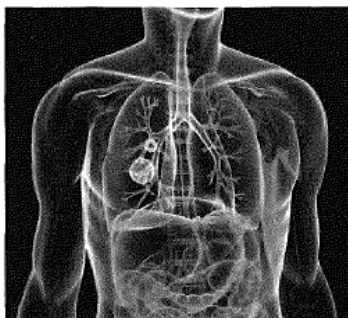
### 364 mila

la stima delle nuove diagnosi di tumore maligno in Italia nel 2012, (56% gli uomini, 44% le donne).

### 50 mila

i nuovi casi di tumore del colon-retto ogni anno, la neoplasia più frequente escludendo i carcinomi della cute.

## NEOPLASIE, IL FUTURO IN UNA DIAGNOSI CON SEMPLICI ESAMI DEL SANGUE



L'Rna (Acido ribonucleico) è una molecola il cui compito principale è trasportare l'informazione per la creazione di proteine dal nostro genoma al punto della cellula in cui le proteine stesse sono fabbricate. Esistono numerosi sottotipi di Rna e una classe di questi, i **MicroRna**, scoperti nel 1993, sembra abbia un ruolo nella patogenesi di molte malattie: neurodegenerative, diabete, immunitarie, cardiache. È stato anche

dimostrato che alterati livelli di questi MicroRna **potrebbero essere indicativi dello sviluppo d'una neoplasia maligna**. Le future conoscenze di queste molecole e la messa a punto di esami capaci di identificare i vari tipi di MicroRna potrà, in un domani neanche tanto lontano, portare a diagnosi di neoplasia con un semplice esame del sangue e, forse, a identificare l'aggressività del tumore stesso, dando immediate indicazioni sul tipo di terapia da intraprendere.



**DALLA PARTE  
DEL MALATO**

# Sanità, stabilite le cure che non si possono negare

*Regolate seimila prestazioni, dalla Sla all'epidurale*

## **il decreto**

Era atteso da anni il riordino delle prestazioni che la sanità regionale deve erogare in modo imprescindibile. Pena la sanzione. Tra le novità centodieci malattie rare, molte croniche, la sindrome da Talidomide, le ludopatie. Ma adesso la parola passa al ministero dell'economia e alla Conferenza Stato-Regione

Centodieci nuove malattie rare. Ma anche la sindrome da Talidomide e l'enfisema polmonare. Le malattie croniche delle ossa. L'epidurale e le ludopatie.

Domenica 30 dicembre il ministero della salute ha reso noto il decreto sui nuovi livelli essenziali di assistenza. Il riordino delle prestazioni che la sanità regionale deve erogare in modo imprescindibile era atteso da anni. Non si tratta di un percorso definitivo. Certo, all'orizzonte ci sono molti ostacoli. Le seimila prestazioni e servizi che attendevano un riordino dal 2001 dovranno passare le forche caudine del ministero dell'Economia e della Conferenza Stato-Regioni. Nei giorni scorsi non si è fatta attendere la reazione del governatore dell'Emilia Romagna, Vasco Errani, presidente della Conferenza delle Regioni, il quale ha tenuto a ribadire che ogni iniziativa di politica sanitaria deve passare attraverso il confronto con le regioni. E deve poggiare su risorse certe. Perché livelli essenziali di assistenza significano cure che non possono essere negate. Pena la sanzione.

E il caso delle cure palliative che con la legge 38 del 2010 sono state sancite come livello essenziale. Un riconoscimento importante che si sta concretizzando attraverso l'approvazione di alcuni documenti: dai requisiti minimi per le strutture, approvati il 25 luglio dello scorso anno, alla recente disciplina in cure palliative licenziata dal Consiglio superiore di sanità dieci giorni fa. Primo passo per superare il gap che ci porta a essere uno dei pochi Paesi europei in cui non esiste ancora la specializzazione in questo ambito (chi pratica le cure palliative è ancora un "esperto in" e può esercitarle anche con specializzazioni come l'anestesia o l'oncologia). Da ultimo, non possiamo dimenticare il recente ripristino del fondo per la non autosufficienza: ai 270 milioni di euro nella legge di stabilità, frutto anche di un confronto serrato con alcune associazioni di gravi disabili, si aggiungono i 200 milioni di finanziamento sanitario ordinario. E la destinazione specifica di 20 milioni ai malati di Sla. Per questi ultimi rimane ancora aperta la questione dell'acquisto dei comunicatori. Su questo fronte l'emergenza più preoccupante, come si dà conto in questa pagina, è rappresentata dalla Campania.

## craniostenosi

### Senza diagnosi tempestive a rischio la vita del bebè

DI FRANCESCA LOZITO

**B**isogna arrivare presto alla diagnosi. Altrimenti è a rischio la vita del bambino. Tra le tante malattie rare che colpiscono la vita dei più piccoli la craniostenosi ha questa caratteristica. Rara, ma non rarissima, ha un'incidenza in Italia, nelle sue forme più semplici, di uno su quindicimila. Sara Stradella è la madre di Niccolò. Una famiglia genovese che, in un certo senso, ha avuto la fortuna di abitare nella città in cui si trova uno dei centri pediatrici più importanti d'Italia, l'ospedale Gaslini. «Niccolò non è nato in un ospedale pediatrico – racconta Sara – e non sono stati i medici ad accorgersi che la sua fronte era diversa da quella degli altri bambini. Ce ne siamo accorti noi». I genitori del piccolo si rivolgono così alla fonte più diretta

**I genitori di Niccolò hanno scoperto da soli la malattia, grazie a Internet. Adesso aiutano altre famiglie in difficoltà**

di informazioni che ci possa essere anche per quanto riguarda l'ambito medico: la rete.

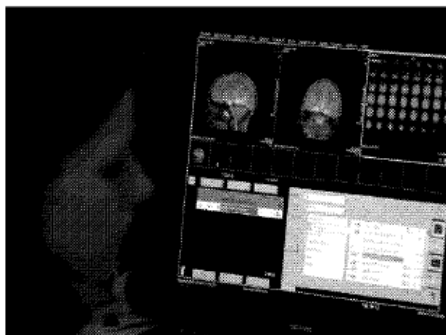
«Per noi internet è stato fondamentale per molti motivi: grazie ad alcune ricerche, condotte in modo empirico da altri genitori, abbiamo intuito che nostro figlio potesse avere qualcosa di molto serio. E così ci siamo rivolti a un centro specializzato».

Qui, una volta fatta con precisione la diagnosi «la strada è stata in discesa – riprende la giovane madre – i neurochirurghi sono persone competenti, che sanno trattare operazioni così complesse come quella che ha subito Niccolò». Oltre al Gaslini, gli altri centri italiani importanti per la cura della craniostenosi sono il Meyer di Firenze e il Gemelli di Roma. Fondamentale è che i pediatri sappiano indirizzare le famiglie verso questi nosocomi.

Sono passati solo pochi mesi da allora, e, proprio l'aver vissuto questa esperienza in prima persona, sta portando Sara e il marito a impegnarsi nel divulgare il più possibile informazioni su questa malattia. Perché la si possa vedere per tempo: «Noi ci siamo arrivati, ci è andata davvero bene. Ma chi non ci riesce? La craniostenosi, se non è diagnosticata in tempo e se alla diagnosi non consegue l'operazione chirurgica, delicatissima, può comportare danni irreparabili agli organi vitali, la compressione del cervello, i rischi per lo sviluppo sono altissimi». Fino a correre il rischio più grande, quello della morte.

Sara sta dunque lavorando all'allestimento di un sito internet che abbia delle referenziate informazioni scientifiche: «Ma che attivi anche i meccanismi di solidarietà. Per noi è stato importantissimo conoscere e confrontarci con altre famiglie che avevano avuto una storia simile alla nostra».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## ausili per la Sla

### Se manca il comunicatore il mondo è irraggiungibile

**S**enza parlare. Senza poter comunicare con il mondo. Per un malato di Sla in fase avanzata non poter avere un comunicatore significa questo. In Campania ci sono in questo momento trenta persone che sono nelle condizioni di non poter parlare. Che hanno la malattia del motoneurone da alcuni anni e vorrebbero, essendo minate nel fisico, ma lucide nella mente, poter essere ancora trattate come persone.

Certo, ci sono le tradizionali lavagnette con le lettere, ma ci vuole sempre qualcuno che interloquisca leggendo gli occhi del malato. Non danno lo stesso grado di autonomia nella traduzione elettronica delle parole che la persona compone attraverso la visione oculare.

La paradossale vicenda di Vincenzo Bottone, napoletano, malato di Sla da tredici anni e da almeno quattro senza comunicatore fa capire che questo ausilio non può essere negato.

Christian Lunetta, responsabile tecnico di Aisla conferma: «La situazione dei tempi di attesa della Campania è drammatica, dobbiamo fare di tutto per sbloccarla».

Aisla, infatti, ha promosso una delibera perché si avvii una procedura di rimborso dei comunicatori, ma è tutto fermo: tra gare di appalto vinte e poi reindette e lungaggini burocratiche il tempo passa e i malati attendono.

La nipote di Vincenzo, Alessia, sta portando avanti la battaglia per lo zio: «Mi ha chiesto di aiutarlo – spiega – di condurre la sua causa e quella degli altri pazienti. Se potesse parlare dice che lo farebbe lui stesso. È molto lucido, e mi ha colpito molto perché ha degli occhi che vogliono parlare, ha persino voglia di parlare di argomenti di attualità. È molto forte, e si considera fortunato a detta sua, perché riesce ancora a muovere il collo e non ha lo sguardo fisso nel vuoto».

A Vincenzo è stato riconosciuto il diritto al comunicatore nel 2009 e assegnato nel 2011. «Dal 25 Maggio 2011 – riprende Alessia – dopo aver ricevuto la lettera della Asl Napoli 1 che ci confermava che il macchinario sarebbe arrivato a giorni non abbiamo più avuto notizie, solo giustificazioni che non possiamo accettare».

Alessia spera naturalmente che lo zio possa usufruire della delibera per la procedura di rimborso e in questi giorni sta incontrando i rappresentanti della Asl per cercare di sbloccare la situazione. Gli ha fatto così provare già dei macchinari «e racconta – la sola prova gli ha fatto illuminare lo sguardo».

La giovane è molto determinata in questa battaglia: «Non mi arrenderò – dice – fino a quando non otterremo il risultato concreto di far tornare mio zio in un mondo di relazione». (F. Loz.)

**A Vincenzo, napoletano, è stato riconosciuto il diritto allo strumento nel 2009. Ma non è mai arrivato**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**LIETO FINE**



presidente della Lific Calabria, Michele Rotella, che avevano invitato il ministro Profumo a intervenire per risolvere la situazione del piccolo Luigi, di Montepaone (Cosenza).

## A scuola il bimbo con fibrosi cistica

Ha un lieto fine la vicenda del bimbo malato di fibrosi cistica escluso da scuola in Calabria, segnalata nei giorni scorsi dalla mamma e dall'associazione Lific. Il ministero dell'Istruzione ha accolto le richieste della vicepresidente della Lega italiana fibrosi cistica (Lific), Silvana Mattia Colombi, e del

Dopo una serie di riunioni al ministero, alla presenza dei vertici della Lega e della madre del bambino, si è deciso di inviare un delegato del ministero dell'Istruzione a Montepaone, affinché il bimbo venga inserito a scuola nella maniera più serena possibile. Gli incontri «hanno inoltre rappresentato l'occasione per mettere a fuoco altre questioni relative alla patologia, come la somministrazione dei farmaci a scuola e la carente conoscenza della fibrosi cistica in Italia. Un protocollo relativo a quest'ultimo tema e già attivato nel 2008 sarà rinnovato, al fine di sensibilizzare tutti gli studenti italiani. Il ministero dell'Istruzione – aggiunge l'associazione – è stato solerte nell'accordare il suo sostegno a Lific per le ulteriori campagne di sensibilizzazione che la Lega organizzerà».

## Cure palliative

### Assistenza costante nella fase più delicata

**L**a chemioterapia fino al penultimo giorno di vita. Le cure palliative che vengono attivate all'ultimo giorno. Quante vicende di questo genere conosciamo nel nostro Paese? La dottoressa Clarissa Florian dell'hospice di Abbiategrosso, in provincia di Milano, è appena tornata dalla casa di un malato che è morto così. Un problema di cultura, certo, di scelte non corrette nell'accompagnamento alla fase terminale della persona e della sua famiglia. «Dobbiamo – dice – “contaminare” gli altri medici».

Anche per questo da due mesi proprio nella struttura residenziale per malati terminali in cui lavora il medico milanese è partito il “progetto welfare”.

Articolato in quattro punti, si pone come obiettivo quello di assistere i malati e le famiglie sotto vari aspetti e per tempo.

«Il primo ambito – spiega Florian – è quello dell'assistenza domiciliare. Abbiamo cercato di perfezionare la classica Adi alternando le figure dell'equipe di cure palliative a casa a seconda del livello di complessità del malato».

Tre sono le interessanti novità: «Un pomeriggio alla settimana, presso l'ospedale di Magenta (l'ospedale di riferimento del territorio dell'hospice di Abbiategrosso, ndr), mi reco a fare attività di ambulatorio. L'obiettivo è far partire per tempo le cosiddette simultaneous care (cure simultanee): il day hospital dei pazienti, la consulenza presso tutti i reparti, non sono quello oncologico, in cui è curato il malato». L'ambulatorio è dunque la scelta precisa fatta per «colmare la voragine che si crea tra l'assistenza domiciliare, l'hospice e il controllo specialistico in ospedale».

C'è un secondo ambulatorio attivo, che si trova all'interno dell'hospice ed è di continuous care (cure continue): «Questo specifico ambulatorio – riprende Florian – è dedicato a quei pazienti che, terminate le cure specialistiche sono affidati al medico di medicina generale, ma hanno bisogno della palliazione per sintomi specifici, e, nello stesso tempo, è in grado di raggiungere la struttura». Infine, il progetto Welfare prevede, nell'ambito della dote famiglia di Regione Lombardia, l'erogazione di un assegno di cura di circa settecento euro a chi assiste a casa il proprio caro: «Non solo per chi ha problemi economici tout court, ma anche per chi deve affrontare le spese per acquisto di un letto o di tutti quei supporti necessari per accogliere il malato in casa».

Dall'avvio del progetto welfare sono stati 4 i pazienti seguiti presso l'ambulatorio ospedaliero, 6 in quello in hospice, 5 le famiglie che hanno usufruito della dote. Di queste ultime, tre hanno ricevuto il rinnovo.

**Francesca Lozito**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## il caso

# Radiologo si fa perdonare con 192 ore di lavoro gratis

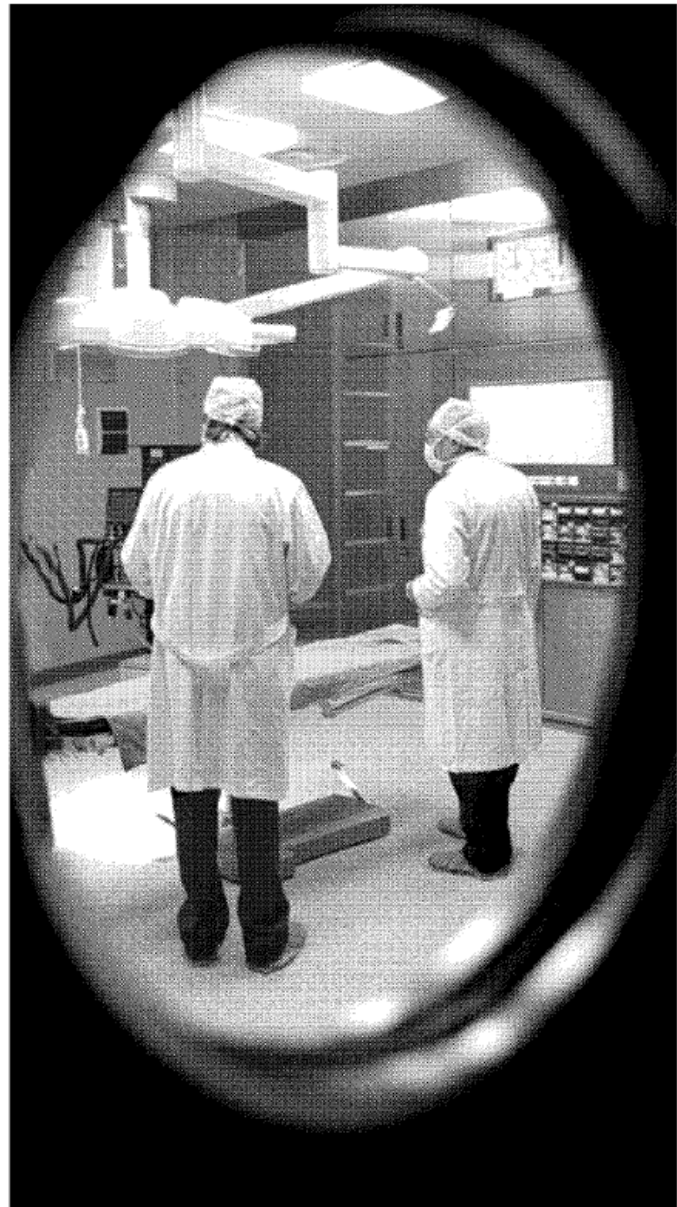
DA VICENZA

**S**conta anticipatamente quella che sarebbe stata la condanna per diffamazione regalando al suo ospedale 4 ore di laboratorio gratis alla settimana, per un anno intero, in modo da abbattere le liste d'attesa a radiologia. È la transizione accettata da un medico vicentino rispetto alla querela per diffamazione che il presidente della Regione Veneto, Luca Zaia, gli avrebbe mosso perché si è sentito dare del drogato dal professionista sul suo profilo facebook. Gli stupefacenti sono quanto di più riprovevole il presidente Veneto

Aveva insultato  
il governatore Zaia  
Dopo le scuse  
ha accettato  
di compilare referti  
anche per punizione

possa considerare. Dopo aver capito di averla combinata grossa, il radiologo non solo ha chiesto scusa ma senza obiettare ha accettato la proposta di trasformare l'eventuale condanna in un supplemento di lavoro (extra, ovviamente) per la comunità. «È una "punizione" che si è trasformata in un servizio per il cittadino, in quanto, il medico in questione è un radiologo e potrà, inoltre, compilare i referti delle radiografie», commenta il presidente Zaia. Il presidente aveva annunciato una querela e il suo avvocato era già al lavoro, ma i legali del dottore hanno contattato la segreteria del governatore ed il legale, «giungendo facilmente a una transazione che ora è completamente formalizzata». «Il nostro obiettivo è stato quello di inserire il risarcimento in un disegno più organico che fosse al servizio del territorio, e la sua qualifica di medico inserito in una Ulss pubblica ci ha consentito di trovare questa soluzione». In totale le ore di risarcimento previste sono 192 perché il medico è sposato e con due figli e, specifica Zaia, «non voglio che privi del tempo la famiglia, per questo nella transizione abbiamo pattuito 4 settimane di ferie e di non lavorare la domenica». L'intesa prevede che ogni mese sia realizzato un report riassuntivo sull'attività svolta che mi permette di verificare che la «punizione», che si è tradotta nei fatti in un servizio alla comunità, venga rispettata. «In questo modo, tra l'altro, abbiamo evitato di aumentare il lavoro dei tribunali».

Francesco Dal Mas





## INFLUENZA

### Al San Camillo codice blu anti contagio

DA ROMA

**C**odice blu per l'influenza allo scopo di evitare contagi. Al pronto soccorso del San Camillo-Forlanini, uno dei più grandi policlinici romani, parte il percorso differenziato per evitare che chi arriva febbricitante divida la sala d'attesa con altri pazienti rischiando di spargere virus tra starnuti e tosse. I casi di influenza iniziano infatti a moltiplicarsi, con 200mila italiani a letto in una settimana, e in vista del picco di febbraio che inevitabilmente si riverserà sui «pronto soccorso», c'è chi gioca d'anticipo. E inventa un codice diverso rispetto alla serie bianco, giallo, verde e rosso del tradizionale triage. «In ospedale -

ricorda Aldo Morrone, direttore generale del San Camillo Forlanini - arrivano pazienti con complicanze batteriche o patologie pre-esistenti. Per la pandemia da H1N1 avevamo attivato un piano, che riproponiamo, perché il virus continua a circolare insieme ad altri due». La chiave è «evitare che i pazienti con sospetta sindrome influenzale da virus A sostino a lungo in pronto soccorso, rischiando di contagiare gli altri malati. Per questo usiamo una sorta di "codice blu" per individuare le possibili complicanze dell'influenza. E l'ambulatorio Med, il centro di ascolto di medicina generale, non è dentro ma adiacente al pronto soccorso, proprio per evitare il congestionamento nei periodi di "picco"».

## «Più veloci con le cartelle elettroniche»

### il medico di base

Il dottor Giustini: «In Emilia comunicazioni efficaci  
E gli studi associati facilitano le collaborazioni»

DA MILANO

**M**edici di base ultimi della classe sull'integrazione delle cure. Lo afferma la ricerca della Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere).

«Forse ci sono grandi differenze tra territori e territori - commenta il dottor Giovanni Giustini, medico di base a Casalecchio di Reno (Bologna) -. Le altre regioni non le conosco, ma in Emilia-Romagna questo problema non lo vedo».

«Solo il 2% dei professionisti usa la mail», dice lo studio, mentre «la forma di comunicazione più utilizzata resta quella della cartella cli-

nica o di altri strumenti cartacei portati direttamente dal paziente al momento della visita»

Io da anni non ho più cartelle cartacee, e come me gli altri colleghi, e uso quasi solo la mail. D'altra parte, se in una giornata devo visitare 25-30 pazienti, non posso chiamare di continuo medici specialisti: o meglio, non può essere questa la regola. La comunicazione elettronica è più rapida.

**Come giudica, in Emilia-Romagna, il grado di integrazione tra le varie professionalità?**

Qui, devo dire, siamo fortunati. Grazie al "progetto Sole" e al "progetto Diabete" c'è un interscambio molto veloce di dati e programmi di visite. Si tratta in sostanza, di una "rete" che coinvolge i medici di base, le strutture pubbliche e alcune convenzionate. E permette, rispetto ai vecchi sistemi, di guadagnare tempo.

**C'è ancora qualcosa che si può fare?**

Forse oggi manca, a volte, proprio

il contatto diretto. O la collaborazione nelle visite a domicilio: ma non è facile che tre o quattro medici riescano a ritrovarsi nello stesso momento a casa del paziente. In alcune occasioni potrebbe essere utile. Ma le difficoltà organizzative sono evidenti. Poi, chiaro, ci sono alcuni territori - penso a quelli montani - che sono un po' più svantaggiati.

**Dall'indagine della Fiaso e del Cergas della Bocconi i medici di base escono "penalizzati", ma c'è da dire che negli ospedali i camici bianchi hanno fianco a fianco colleghi con cui confrontarsi.**

Sempre più spesso anche noi medici di base abbiamo questa possibilità. Io, per esempio, lavoro in uno dei tanti studi associati del territorio nati, e aumentati di numero, per garantire l'assistenza ad orari più ampi. E certo, ci si scambia consigli e pareri con maggiore facilità.

Lorenzo Galliani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Roma, caso 118: il ministro manda i Nas

DA ROMA PINO CIOCIOLA

**R**oba da bacchetta magica: a Roma «il servizio di accoglienza per i posti letto e i ricoveri negli ospedali si è improvvisamente velocizzato. Siamo passati dal caos all'efficienza in pochissimo tempo», adesso «riusciamo a "smaltire" i pazienti con rapidità e lavorare serenamente, le nostre barelle sono state subito liberate», dunque «speriamo che adesso questa situazione duri», si faceva sapere ieri mattina dall'Ares 118, dopo il "blocco" delle ambulanze avvenuto mercoledì mattina nella Capitale.

Tuttavia, magie improvvisate ed

improvvisamente efficaci a parte, il ministro della Salute vuole vederci chiaro. Così Renato Balduzzi ieri ha chiesto ai carabinieri del Nas di accertare le modalità con cui vengono utilizzate le ambulanze di soccorso private a Roma e in quali circostanze specifiche, quante sono quelle in dotazione all'Ares 118, come vengono adoperate e in caso di parziale utilizzo accertarne le motivazioni, oltre che stabilire se al momento del blocco delle ambulanze, «non vi fossero effettivamente posti letto disponibili presso le strutture ospedaliere coinvolte».

Un'indagine decisa forse anche perché l'altro ieri la Re-

gione Lazio, affrettatasi a comunicare di «aver risolto l'emergenza in due ore», aveva anche sottolineato come «il blocco delle ambulanze è un problema che si trascina da anni, di cui soffrono tutte le Regioni». Mentre, secondo l'Ares 118, "blocchi" come quello dell'altro ieri «succedono spesso, almeno due volte all'anno».

E allora che, di colpo, ieri tutto sia diventato rose e fiori appare... strano. Tant'è che all'ora di pranzo, prima di chiedere l'intervento dei Nas, Balduzzi l'aveva in qualche modo annunciato: «Sto pensando di disporre un'indagine amministrativa per capire cosa è successo. C'è stata una sproporzione fra il livello di allarme e la rapidità e facilità con la quale si è risolta la situazione».

Motivo dell'indagine? «Avrei proprio piacere di capire, esattamente, cosa si è verificato», aggiungeva il ministro. Perché «se si è trattato di una disfunzione organizzativa, allora in questi casi si va a verificare come e perché e quindi ad adottare le misure conseguenti». Altrimenti, «bisogna andare a capire per quale ragione c'è stata tutta questa rappresentazione, anche mediatica. Credo che sia nell'interesse della sanità del Lazio capire meglio queste cose».

© SERVIZIO COMUNICAZIONE



In città l'uso dei mezzi è passato «dal caos all'efficienza», ma adesso i carabinieri indagano per capire i motivi del blocco del servizio di due giorni fa

## «In campo per difendere il sistema sanitario nazionale»

CARLO MELATO

«Il grande tema della sanità non deve scomparire dal dibattito elettorale». È l'impegno di Amedeo Bianco, presidente della Federazione degli Ordini dei Medici italiani e degli Odontoiatri. Sessantatré anni, 35 dei quali in corsia come medico ospedaliero oncologo e già segretario del sindacato dei medici dirigenti, guida dal 2006 oltre 400.000 professionisti: «Nell'invito che il Partito democratico ha voluto rivolgermi - spiega a *L'Unità* - ho letto una visione forte e un segnale trasparente che viene mandato a tutta la professione medica. Dal comitato centrale della Federazione e da tutti gli amici che ho voluto coinvolgere in questa scelta, il giudizio è stato unanime: è un'opportunità da non sprecare e che, per il ruolo che ricopro, va oltre la mia persona». **Questo significa che non lascerà la sua carica?**

«Posto che non esistono incompatibilità formali con gli incarichi parlamentari, sono stati proprio i miei interlocutori a chiedermi di non lasciare la FNOMCeO. Da parte mia continuerò comunque ad assicurare agli Ordini quell'autonomia e quell'indipendenza che serve a tutti».

**Quali sono le sue aspettative?**

«In politica non c'è nulla di certo, ma la collocazione che il partito ha voluto riservarmi è seria e coerente alle attese. Mi fa particolarmente piacere poi che la competizione si svolga in Sicilia. Anche se sono napoletano e vivo da anni a Torino devo dire che proprio la regione siciliana rappresenta una grande sfida di rinnovamento per tutto il Paese».

**Quale contributo pensa di poter dare, come senatore, al tema delle politiche so-**

L'INTERVISTA

**Amedeo Bianco**

**Il presidente della Federazione dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri candidato al Senato per il Pd: serve un nuovo patto coi cittadini**



**cio-sanitarie?**

«Credo che per fare qualunque tipo di analisi si debba partire da un punto irremovibile: l'articolo 32 della Costituzione. Dobbiamo a tutti i costi mantenere nel nostro Paese la tutela alla salute come un diritto universalistico improntato all'equità e alla solidarietà».

**Come si traduce nel concreto questo principio?**

«Per prima cosa sono convinto che, dopo anni di ausiliarità, il Ministero della salute deve avere più deleghe, più potere e una maggiore autonomia dal Ministero dell'Economia. Detto questo non mi sfugge l'intreccio tra la sanità e le condizioni dell'economia e della finanza pubblica. Penso però che la salute non sia una variabile dipendente

dell'economia. Il Paese vive di valori e di punti di riferimento, se si dimentica questo la deriva è tecnocratica».

**Una critica diretta al governo Monti?**

«Dico solo che la sofferenza del Paese è innegabile. Ma immaginiamoci cosa sarebbe l'Italia se alle difficoltà che notiamo oggi aggiungessimo anche l'incertezza di essere assistiti e curati quando si è malati... Per questo motivo servono soluzioni nuove, anche perché ciò che abbiamo elegantemente chiamato spending review, nella pratica, non era altro che la riproposizione di tagli lineari, che in molti casi ha portato a una riduzione dei servizi».

**Che tipo di soluzioni ha in mente?**

«Ci sono ancora grandi risorse da recuperare, ma, a mio avviso, ciò che serve è un nuovo patto con i cittadini. La gente è intelligente, sa che la sanità è un bene prezioso e non ha paura di far sacrifici. Ciò che è insopportabile però è farlo senza comprenderne il motivo. Dopodiché andrà corretto il federalismo sanitario "dei più forti e dei più ricchi". Oggi c'è chi propone di tenere il 75% degli introiti fiscali nel territorio che li produce. Una follia che frantumerebbe il Paese, non solo nel campo sanitario, e dannerebbe molti cittadini a diritti di serie B. Infine, presterei attenzione soprattutto a chi di sanità parla poco».

**Cosa intende dire?**

«Nessuno, soprattutto in campagna elettorale, si sognerebbe mai di dire che vuole smontare il servizio sanitario nazionale, ma questo obiettivo si può perseguire in silenzio, allontanando i diritti e riducendo le prestazioni. E quando, da qualche salotto, arriva la proposta che i ceti più abbienti escano dal servizio pubblico, pagando, bisogna stare davvero molto attenti perché lo svuotamento del sistema è dietro l'angolo».



CAMICI  
BIANCHIPresentata la ricerca  
della Federazione italiana  
delle aziende sanitarie  
ed ospedaliereAlberti: «Più grave  
è il paziente, maggiore  
è il coordinamento  
degli specialisti coinvolti»

# Promossi ospedali e Asl medici di base bocciati

*Lo studio: solo il 2% dei professionisti usa l'email*

DA MILANO LORENZO GALLIANI

**S**e i medici fanno gioco di squadra, ci guadagna il sistema-sanità. Con il paziente che, in ospedale e a casa, viene preso per mano dagli specialisti e accompagnato nel percorso di cura.

Se però, come emerge dallo studio promosso dalla Fiaso (Federazione italiana delle aziende sanitarie ed ospedaliere), «solo il 2% dei professionisti utilizza la mail, mentre la forma di comunicazione più utilizzata resta quella della cartella clinica o di altri strumenti cartacei portati direttamente dal paziente», ecco allora che i tempi si allungano e l'efficienza diminuisce.

Nell'indagine condotta in collaborazione con il Cergas della Bocconi, comunque, Asl e ospedali escono a testa alta: la «maggiore apertura verso l'integrazione» dei loro professionisti è ampiamente riconosciuta.

Una buona base di partenza, dal momento che il «decretone sanità» punta proprio in quella direzione, prevedendo – sotto il coordinamento delle Regioni – l'istituzione di «unità complesse di cure primarie» e di poliambulatori h24 per i medici di base.

Proprio questi ultimi, stando ai dati dell'indagine, possono fare di più. La ricerca, che ha analizzato il livello di integrazione delle cure su tre patologie croniche, li trova meno preparati degli altri professionisti, soprattutto sulla «frequenza degli scambi informativi», mentre è buona sia per gli specialisti che per i medici di medicina generale «la condivisione dei percorsi terapeutici».

In una scala di valori da 0 a 5, l'«indice di integrazione» dei medici di base si ferma

a 2.40 per la cura del diabete, 2.39 per le insufficienze respiratorie gravi e 2.69 per i tumori. Gli specialisti ottengono rispettivamente 4.03, 3.65 e 3.68.

Distacchi molto ampi. «La ricerca – commenta Valerio Fabio Alberti, presidente della Fiaso – evidenzia che tanto più gravi sono le condizioni del paziente tanto maggiore è il coordinamento dei professionisti coinvolti. Il rischio è però di vedere destinata la maggior parte delle risorse ai pazienti con patologie oramai conclamate, limitando a interventi residuali l'investimento in prevenzione e monitoraggio».

Una ricerca che non convince per nulla Giuseppe Del Barone, presidente nazionale del sindacato medici italiani (Smi): «Contesto nella maniera più assoluta i risultati di questo studio – afferma –. In ogni tipo di analisi il medico di famiglia resta quello più apprezzato dai pazienti». All'indagine, prosegue Del Barone, «probabilmente sfugge il parere del paziente, dato che il rapporto tra medico di famiglia e assistito è del tutto esclusivo. In più le statistiche sulle aspettative di vita per queste patologie parlano di un considerevole aumento dovuto anche alle cure e all'assistenza che prestano i medici di famiglia». L'integrazione nel percorso assistenziale resta comunque un obiettivo condiviso, che «può essere garantito in primo luogo – spiega la vicepresidente della Fiaso Maria Paola Corradi – dall'utilizzo sempre più appropriato delle tecnologie di comunicazione capaci di assicurare tempestivamente, 24 ore al giorno, per sette giorni alla settimana, la necessaria prima assistenza sanitaria. E in questo senso si stanno muovendo diverse Asl, ad esempio nel Lazio, spingendo gruppi di giovani medici a consorziarsi per assicurare sempre la massima reperibilità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# «Più veloci con le cartelle elettroniche»

## il medico di base

**Il dottor Giustini: «In Emilia comunicazioni efficaci E gli studi associati facilitano le collaborazioni»**

DA MILANO

**M**edici di base ultimi della classe sull'integrazione delle cure. Lo afferma la ricerca della Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere).

«Forse ci sono grandi differenze tra territori e territori – commenta il dottor Giovanni Giustini, medico di base a Casalecchio di Reno (Bologna) –. Le altre regioni non le conosco, ma in Emilia-Romagna questo problema non lo vedo». «Solo il 2% dei professionisti usa la mail», dice lo studio, mentre «la forma di comunicazione più utilizzata resta quella della cartella cli-

nica o di altri strumenti cartacei portati direttamente dal paziente al momento della visita»

Io da anni non ho più cartelle cartacee, e come me gli altri colleghi, e uso quasi solo la mail. D'altra parte, se in una giornata devo visitare 25-30 pazienti, non posso chiamare di continuo medici specialisti: o meglio, non può essere questa la regola. La comunicazione elettronica è più rapida.

**Come giudica, in Emilia-Romagna, il grado di integrazione tra le varie professionalità?**

Qui, devo dire, siamo fortunati. Grazie al "progetto Sole" e al "progetto Diabete" c'è un interscambio molto veloce di dati e programmi di visite. Si tratta in sostanza, di una "rete" che coinvolge i medici di base, le strutture pubbliche e alcune convenzionate. E permette, rispetto ai vecchi sistemi, di guadagnare tempo.

**C'è ancora qualcosa che si può fare?**

Forse oggi manca, a volte, proprio

il contatto diretto. O la collaborazione nelle visite a domicilio: ma non è facile che tre o quattro medici riescano a ritrovarsi nello stesso momento a casa del paziente. In alcune occasioni potrebbe essere utile. Ma le difficoltà organizzative sono evidenti. Poi, chiaro, ci sono alcuni territori – penso a quelli montani – che sono un po' più svantaggiati.

**Dall'indagine della Fiaso e del Cergas della Bocconi i medici di base escono "penalizzati", ma c'è da dire che negli ospedali i camici bianchi hanno fianco a fianco colleghi con cui confrontarsi.**

Sempre più spesso anche noi medici di base abbiamo questa possibilità. Io, per esempio, lavoro in uno dei tanti studi associati del territorio nati, e aumentati di numero, per garantire l'assistenza ad orari più ampi. E certo, ci si scambia consigli e pareri con maggiore facilità.

Lorenzo Galliani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Roma, caso 118: il ministro manda i Nas

DA ROMA PINO CIOCIOLA

**R**oba da bacchetta magica: a Roma «il servizio di accoglienza per i posti letto e i ricoveri negli ospedali si è improvvisamente velocizzato. Siamo passati dal caos all'efficienza in pochissimo tempo», adesso «riusciamo a "smaltire" i pazienti con rapidità e lavorare serenamente, le nostre barelle sono state subito liberate», dunque «speriamo che adesso questa situazione duri», si faceva sapere ieri mattina dall'Ares 118, dopo il "blocco" delle ambulanze avvenuto mercoledì mattina nella Capitale.

Tuttavia, magie improvvisate ed improvvisamente efficaci a parte, il ministro della Salute vuole vederci chiaro. Così Renato Balduzzi ieri ha chiesto ai carabinieri del Nas di accertare le modalità con cui

vengono utilizzate le ambulanze di soccorso private a Roma e in quali circostanze specifiche, quante sono quelle in dotazione all'Ares 118, come vengono adoperate e in caso di parziale utilizzo accertarne le motivazioni, oltre che stabilire se al momento del blocco delle ambulanze, «non vi fossero effettivamente posti letto disponibili presso le strutture ospedaliere coinvolte».

Un'indagine decisa forse anche perché l'altro ieri la Regione Lazio, affrettatasi a comunicare di «aver risolto l'emergenza in due ore», aveva anche sottolineato come «il blocco delle ambulanze è un problema che si trascina da anni, di cui soffrono tutte le Regioni». Mentre, secondo l'Ares 118, "blocchi" come quello dell'altro ieri «succedono spesso, almeno due volte all'anno».

E allora che, di colpo, ieri tut-

to sia diventato rose e fiori appare... strano. Tant'è che all'ora di pranzo, prima di chiedere l'intervento dei Nas, Balduzzi l'aveva in qualche modo annunciato: «Sto pensando di disporre un'indagine amministrativa per capire cosa è successo. C'è stata una sproporzione fra il livello di allarme e la rapidità e facilità con la quale si è risolta la situazione».

Motivo dell'indagine? «Avrei proprio piacere di capire, esattamente, cosa si è verificato», aggiungeva il ministro. Perché «se si è trattato di una disfunzione organizzativa, allora in questi casi si va a verificare come e perché e quindi ad adottare le misure conseguenti». Altrimenti, «bisogna andare a capire per quale ragione c'è stata tutta questa rappresentazione, anche mediatica. Credo che sia nell'interesse della sanità del Lazio capire meglio queste cose».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In città l'uso dei mezzi è passato «dal caos all'efficienza», ma adesso i carabinieri indagano per capire i motivi del blocco del servizio di due giorni fa

**Del Barone (Smi) contesta l'analisi: «Non è stato tenuto conto del parere del paziente»**

**il caso**

**Radiologo si fa perdonare con 192 ore di lavoro gratis**

DA VICENZA

**S**conta anticipatamente quella che sarebbe stata la condanna per diffamazione regalando al suo ospedale 4 ore di laboratorio gratis alla settimana, per un anno intero, in modo da abbattere le liste d'attesa a radiologia. È la transizione accettata da un medico vicentino rispetto alla querela per diffamazione che il presidente della Regione Veneto, Luca Zaia, gli avrebbe mosso perché si è sentito dare del drogato dal professionista sul suo profilo facebook. Gli stupefacenti sono quanto di più riprovevole il presidente Veneto

**Aveva insultato il governatore Zaia Dopo le scuse ha accettato di compilare referti anche per punizione**

possa considerare. Dopo aver capito di averla combinata grossa, il radiologo non solo ha chiesto scusa ma senza obiettare ha accettato la proposta di trasformare l'eventuale condanna in un supplemento di lavoro (extra, ovviamente) per la comunità. «È una "punizione" che si è

trasformata in un servizio per il cittadino, in quanto, il medico in questione è un radiologo e potrà, inoltre, compilare i referti delle radiografie», commenta il presidente Zaia. Il presidente aveva annunciato una querela e il suo avvocato era già al lavoro, ma i legali del dottore hanno contattato la segreteria del governatore ed il legale, «giungendo facilmente a una transazione che ora è completamente formalizzata». «Il nostro obiettivo è stato quello di inserire il risarcimento in un disegno più organico che fosse al servizio del territorio, e la sua qualifica di medico inserito in una Ulss pubblica ci ha consentito di trovare questa soluzione». In totale le ore di risarcimento previste sono 192 perché il medico è sposato e con due figli e, specifica Zaia, «non voglio che privi del tempo la famiglia, per questo nella transizione abbiamo pattuito 4 settimane di ferie e di non lavorare la domenica». L'intesa prevede che ogni mese sia realizzato un report riassuntivo sull'attività svolta che mi permette di verificare che la «punizione», che si è tradotta nei fatti in un servizio alla comunità, venga rispettata. «In questo modo, tra l'altro, abbiamo evitato di aumentare il lavoro dei tribunali».

**Francesco Dal Mas**



**INDAGINE SUL CASO I 18 A ROMA**

# SANITÀ

## Le pagelle ad Asl e medici di base



Indagine della Federazione italiana delle aziende sanitarie ed ospedaliere: l'integrazione dei camici bianchi è maggiore negli ospedali, minore tra i medici di base. La Fiaso: «Il rischio è quello di limitare a interventi residuali l'investimento in prevenzione e monitoraggio». Soltanto il 2% dei professionisti usa le email. Intanto, dopo un'attesa durata anni, si va verso il riordino delle prestazioni che la sanità regionale deve erogare in modo imprescindibile. Tra le novità l'inserimento di centodieci malattie rare, molte delle quali croniche.

PRIMOPIANO ALLE PAGINE **4/5**

