

Napolitano: giusto ridurre le spese ma la sanità pubblica va difesa

«È una conquista: salvaguardia compatibile con la selezione delle risorse»



L'intervento pubblico e privato nella ricerca è una priorità in tempi di crisi

Giorgio Napolitano

ROMA — «In tempi di crisi» è indispensabile «utilizzare al meglio le risorse dei cittadini», cercando in tutti i modi di «evitare le critiche distruttive e i giudizi sommari» ma anche guardandosi da «atteggiamenti puramente conservativi e difensivi dell'esistente». Giorgio Napolitano parla di sanità alla cerimonia della Giornata nazionale per la ricerca sul cancro. E ci tiene a sottolineare che resta assolutamente convinto del fatto che, nel lontano 1978, l'istituzione del sistema sanitario nazionale fu «una conquista, un grande balzo in avanti per il progresso del Paese» e non a caso «fu approvato con il voto di tutte le forze politiche».

Tuttavia, anche il sistema sanitario, in tempi di crisi come quelli attuali, deve essere «compatibile anche con una prospettiva di maggiore selezione della spesa pubblica», dice il presidente della Repubblica, subito aggiungendo che secondo lui ciò è ancora possibile. La salvaguardia del Servizio sanitario nazionale, ha detto, davanti a decine di medici e associazioni, e in presenza del ministro **Renato Balduzzi**, «credo che sia compatibile anche in prospettiva di una maggiore selezione e riduzione della spesa pubblica a patto che ci sia la ricerca di soluzioni razionalizzatrici e innovative». Dunque un sì netto alla salvaguardia del Servizio sanitario senza tuttavia pretendere che resti tutto com'è e anzi scegliendo, per esempio nella ricerca, una sempre maggiore complementarità tra «l'investimento pubblico e l'investimento privato», che «sono

priorità da far valere ancor più in tempi duri come questi».

Riguardo invece alla Sanità pubblica, bisogna mantenerla senza voler conservare tutto a ogni costo ma cercando di spendere al meglio i soldi dei cittadini, concetto sul quale, è sembrato ritrovarsi perfettamente il ministro Balduzzi che ha riconosciuto al presidente Napolitano di aver colto l'occasione per confermare la dinamicità del Servizio sanitario «scelto con lungimiranza nel 1978 e che oggi ci mette nei primi posti al mondo». Ovviamente c'è un ma, e per Balduzzi significa che «per poterci rimanere occorre una manutenzione straordinaria, una trasformazione strutturale».

Il ministro, nel corso della cerimonia al Quirinale promossa dall'Airc, ha voluto ribadire che per la lotta ai tumori l'Italia ha un ruolo preminente nella ricerca a livello internazionale: «Occorre guardare più in là della crisi — ha detto Balduzzi — avere fiducia nelle giovani generazioni e continuare le conquiste sociali della nostra democrazia e del lascito costituzionale».

Perché se è vero che le casse dello Stato non permettono più le spese di un tempo, è anche vero, come dice il direttore scientifico dell'Istituto europeo di oncologia di Milano, ed ex ministro Umberto Veronesi, che «questa crisi economica non ferma la scienza, la creatività, l'innovazione. Indipendentemente da qualunque spread, non si può fermare il nostro pensiero». Veronesi si dice ottimista sulla sfida al can-



Trasformazione strutturale per restare ai primi posti nel mondo

Renato Balduzzi

cro. «Stiamo per entrare in una nuova era della ricerca scientifica — prosegue — che noi chiamiamo Grin, acronimo di genetica, robotica, informatica, nanotecnologie, con cui pensiamo di far fare un enorme balzo in avanti alla società».

«Sono il primo a sostenere la scelta di razionalizzare le spese e ridurre al massimo gli sprechi», è il commento del senatore del Pd Ignazio Marino, medico e presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale. «Tuttavia — continua — i tagli cosiddetti lineari sono sbagliati. Tagliare le risorse in maniera uguale alle strutture ospedaliere d'eccellenza e a quelle mediocri è un errore strategico che ci costerà in termini di efficacia e di efficienza delle cure».

A Napolitano, che poco prima aveva ricevuto in udienza gli accademici della Crusca che gli avevano conferito l'alta onorificenza, «per i suoi alti meriti nel sottolineare a più riprese e solennemente il valore della lingua nel processo di unificazione nazionale», l'Airc ha consegnato uno «speciale riconoscimento», «per il suo impegno a valorizzare i risultati della ricerca sul cancro e nel promuovere quella di domani».

Mariolina Iossa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

Razionalizzazione

Il titolo del decreto sui tagli alla sanità è *Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera*: in concreto si tratta tra l'altro di un taglio di 7.389 posti letto negli ospedali. Entro il 31 dicembre, le Regioni dovrebbero presentare il piano delle riduzioni

Posti letto

Il decreto sancisce che si debba passare, nel triennio 2012-2015, dagli attuali 4,2 a 3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti. Tuttavia, i letti persi potrebbero essere rimpiazzati per funzioni diverse

Le Regioni più colpite
Il record è del Molise, che dovrebbe perdere un posto su tre. A seguire la Provincia di Trento (-20,9%) e il Lazio (-19,9%)



Medici. Servizio 24 ore su 24

In «Gazzetta» il decreto Sanità

■ Il decreto Balduzzi arriva, convertito in legge, sulla Gazzetta Ufficiale. Sul supplemento ordinario 201 alla «Gazzetta» n. 263 di ieri è stata pubblicata infatti la legge 8 novembre 2012, n. 189, contenente la conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158: «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute».

La norma prevede novità importantissime per la sanità pubblica. L'entrata in vigore di molte delle nuove norme non è, però, immediata. Si tratta anzitutto della modifica all'articolo 8 del Dlgs 502/1992, con la quale è stata introdotta la continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e l'offerta integrata delle prestazioni, che sarà garantita promuovendo l'adesione dei medici a forme organizzative monoprofessionali (aggregazioni funzionali territoriali) o pluriprofessionali (unità complesse di cure primarie, praticamente po-

liambulatori), ciascuna delle quali avrà un referente-coordinatore. Inoltre, nasce il ruolo unico delle funzioni di medico di medicina generale, che dovrebbe inglobare medici di famiglia e guardia medica.

L'attuazione del riordino è affidata alle Regioni, oltretutto «nei limiti delle disponibilità finanziarie» destinate alla Sanità. Nasceranno dei poliambulatori: alle Regioni competerà l'organizzazione di queste unità complesse di cure primarie, privilegiando quelle aperte 24 ore e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. In questo modo gli ospedali e il pronto soccorso verranno decongestionati.

Tra gli altri provvedimenti la tracciabilità dei compensi per le attività private dei medici, controlli maggiori sulle nomine di primari e manager, più tutele per gli operatori contro il rischio clinico. Nelle norme anche il divieto (già in vigore) di vendere alcol e tabacco ai minorenni e un freno a giochi e scommesse per limitare la ludopatia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I punti chiave

01 | SERVIZIO 24 ORE

I medici di famiglia dovranno organizzarsi assieme ai loro colleghi (turnando od organizzandosi in poliambulatori), per garantire ai pazienti un presidio 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno

02 | LA GUARDIA MEDICA

La guardia medica, al pronto soccorso o negli ospedali sarà ridotta progressivamente

03 | IL PRONTUARIO

Entro il 30 giugno 2013 verrà rivisto l'elenco dei medicinali con pagamento a carico del Ssn. Quelli esclusi andranno in fascia C (a pagamento)



SALUTE

LA SFORBICIATA

Stretta sulla sanità Piccoli ospedali a rischio chiusura

Tagliati 7389 posti letto, via oltre mille primari
Sparirà il 63% delle case di cura convenzionate



Il ministro: «Siamo ai primi posti nel mondo ma per restarci serve una ristrutturazione»

PAOLO RUSSO
ROMA

Oltre mille primari costretti a fare le valigie e a chiudere i battenti ad altrettanti reparti, poco sicuri perché operano o ricoverano con il contagocce. Oltre la metà delle case di cura private che rischiano di perdere la convenzione con le Regioni. A rischio chiusura circa 160 ospedaletti con meno di 120 posti letto. E poi impiegati di Asl e ospedali da mettere in mobilità se non peggio e, come noto, 7389 posti letto da tagliare negli ospedali pubblici, che portano il totale dal 2009 a quota 26mila.

A distanza di poco più di 48 ore dall'invio alle Regioni assume sempre più i contorni di una vera rivoluzione il regolamento firmato Balduzzi che mette a dieta cliniche e nosocomi pubblici in applicazione a quanto previsto dalla spending review. «Non tagli lineari - assicura il ministro della Salute -

ma razionalizzazione del sistema». Parole che sembrano raccogliere al volo l'esortazione del presidente Napolitano, che proprio ieri ha parlato di salvaguardia del servizio sanitario pubblico compatibile con le politiche di riduzione di spesa «a patto che ci sia la ricerca di soluzioni razionalizzatrici e innovative». «Siamo nei primi posti al mondo ma per poterci rimanere occorre una manutenzione straordinaria», ha detto il titolare della Salute, riferendosi appunto al regolamento ministeriale che porta a 3,7 per mille abitanti il parametro dei posti letto. Obiettivo che Balduzzi vuole raggiungere fissando precisi parametri, come il bacino di utenza, che per gli ospedali di base andrà da 80 a 150mila abitanti, mentre per quelli più complessi di primo livello oscillerà tra 150-300mila assestandosi tra i 600mila e il milione e 200mila per quelli di secondo ad alta specialità. Senza trascurare i volumi di attività, come il tasso di occupazione dei posti letto al 90% o la soglia minima di ricoveri ed interventi, che ad esempio per il bypass non dovranno essere meno di 150. Oggi troppo spesso, come documentato dal ministero, si tende invece a fare spezzatino degli interventi chirurgici, distribuendoli in più reparti, il più delle volte per giustificare l'esistenza del reparto stesso e del primario che lo dirige, anche se le linee guida internazionali dicono che sotto una certa soglia di attività manca l'esperienza necessaria a lavorare in sicurezza. Lo stesso mi-

nistero con il «Piano esiti» ha rilevato che dove si vedono meno pazienti più scarsi sono gli indici di guarigione e più alti gli indici di mortalità. Per fare un esempio, al Policlinico Umberto I di Roma gli interventi di tumore allo stomaco si fanno in ben 15 reparti diversi, tanto che spesso se ne arrivano a fare uno, due l'anno, quando la soglia di sicurezza è fissata a 20 l'anno.

Fissati i parametri al ministero i tecnici hanno iniziato a calcolarne in questi giorni gli effetti. I dati non sono ancora definitivi ma le prime elaborazioni dicono che i reparti da chiudere sarebbero 1100-1200 mentre dei 365 ospedali con meno di 120 posti letto ancora in funzione, nonostante le leggi che da circa venti anni ne intimano la chiusura, oltre 160 dovrebbero chiudere e riconvertirsi in strutture riabilitative o per l'assistenza territoriale. A rimanere aperti, spiegano al dicastero, sarebbero in pratica quelli in zone disagiate.

Ma il regolamento assesta un durissimo colpo soprattutto alle case di cura convenzionate, che con meno di 80 posti letto devono chiudere. Gli esperti di «quotidianosanità.it» hanno fatto i conti partendo dalla mappa ministeriale delle strutture private e hanno scoperto che a non lavorare più per il pubblico sarebbero 257 su 406, il 63% del totale, pari a 10.400 letti per acuti. Alcune con una manciata di ricoveri o, caso incredibile ma vero, un solo letto per fare day hospital.



I progressi nei farmaci alle prese con i tagli

Valerio De Molli *

LA DOMANDA di salute è destinata a crescere. Le dinamiche più importanti sono legate all'invecchiamento e alle cronicità. Nel 2050 più di un terzo della popolazione italiana avrà più di 65 anni, quota di popolazione che già oggi assorbe circa il 50% della spesa sanitaria. Aumenterà la prevalenza di malattie croniche come diabete, tumori, malattie cardiovascolari e neurodegenerative. I costi per sviluppare un nuovo farmaco sono passati da 800 milioni di dollari a più di 1,3 milioni di dollari negli ultimi 10 anni. In questo scenario si sono sviluppate le riflessioni della settima edizione di Meridiano Sanità. Le manovre degli ultimi due anni hanno portato a un drastico taglio della spesa sanitaria, e non ci sono previsioni ottimistiche circa una maggiore disponibilità.

COME POSSIAMO intervenire per evitare di minare l'esistenza stessa del nostro Servizio Sanitario? Abbiamo individuato tre aree di intervento: rivedere le scelte di allocazione delle risorse pubbliche attraverso una ridefinizione dell'assetto organizzativo del sistema; eliminare le disparità e rafforzare la sanità integrativa in modo tale da rendere il finanziamento del sistema più flessibile. Restano aperte altre questioni quali la rimodulazione dei LEA (livelli essenziali di assistenza, n.d.r.) anche in funzione delle priorità che un sistema sanitario ha il dovere di individuare; il divario in termini di strutture e risorse tra Nord e Sud del Paese e le criticità del federalismo in sanità. Infine, eliminare le inefficienze, riorganizzare per processi, utilizzare al meglio le risorse private: azioni da perseguire, ma che non sono sufficienti se non si attua una strategia di rilancio della crescita del sistema economico del nostro Paese, che deve partire dai settori ad alta intensità di ricerca e sviluppo, e di valore, quale è la filiera del farmaco.

(*) Analista-The European House-Ambrosetti



La Lombardia dice no: Ricorso alla Consulta per i tagli agli ospedali»

■ La Regione annuncia un ricorso alla corte costituzionale contro il decreto sulla sanità. «È un orrore ed un errore» critica il governatore Roberto Formigoni. L'assessore Mario Melazzini: «Ci opporremo con tutti gli strumenti possibili perché si faccia una marcia indietro».

Maria Sorbi a pagina 4

LA RIFORMA Il Pirellone contro il taglio dei posti letto

La Lombardia dice no a Roma: «La nostra sanità non si tocca»

*Formigoni e Melazzini annunciano il ricorso alla Corte costituzionale
I medici hanno bocciato il piano degli ambulatori aperti 24 ore su 24*

Maria Sorbi

■ Che la riforma della sanità messa a punto dal governo non piacesse alla Regione Lombardia non è mai stato un segreto. Ora il Pirellone corre ai ripari e annuncia un ricorso alla corte costituzionale contro il decreto Balduzzi. «È un orrore ed un errore inaccettabile, sia dal punto di vista del metodo sia dal punto di vista del merito» critica il governatore Roberto Formigoni. A fargli eco è il neo assessore alla Sanità Mario Melazzini: «Ci opporremo con tutti gli strumenti possibili perché si faccia una marcia indietro».

Non si tratta solo del taglio dei letti negli ospedali (che in Lombardia porterebbe a 2.300 posti in meno). Sul piatto c'è ben altro. Chiuderebbero ben 16 strutture sanitarie poiché contano meno di 80 posti letti.

E poi sembra impossibile organizzare gli ambulatori non stop. Soprattutto perché non sono previsti finanziamenti aggiuntivi. A dirlo è lo stesso presidente dell'Ordine dei medici Roberto Carlo Rossi: «Per garantire l'assistenza 24 ore su 24

- fa notare - è necessario che i medici si aggregino a gruppi di 25-30, lavorando a turni. Tuttavia in questo modo il paziente verrà difficilmente curato dal proprio medico e si creerebbe un grosso problema in quelle Asl in cui bisognerà farsi anche 25 chilometri per raggiungere l'ambulatorio: in sintesi si va verso un'assistenza peggiore e si corre il rischio che i costi aumentino».

Altro punto critico: le previsioni sul rischio clinico e la responsabilità professionale dei medici che, secondo la Regione, potrebbero trincerarsi ancora di più dietro la «tattica» della medicina difensiva. E questo significa un aumento inevitabile dei costi inappropriati. Il Pirellone critica anche la normativa sull'esercizio dell'*intramoenia* esclusivamente all'interno delle aziende ospedaliere. «Su questa posizione - spiega Formigoni - siamo da tempo contrari in quanto di difficile attuazione organizzativa oltre che eccessivamente vincolante nei confronti della autonomia e professiona-

lità del personale medico». L'ultimo affondo prende di mira le regole sull'edilizia sanitaria, «per cui non sono previste risorse aggiuntive».

La Regione snocciolerà i suoi no al decreto Balduzzi durante la Conferenza Stato Regioni e «lavorerà perché i contenuti del provvedimento vengano profondamente modificati». «Il decreto legge - aggiunge Melazzini - si caratterizza per una lettura centralista certamente non adeguata, che denota una non conoscenza del sistema nelle varie Regioni e non tiene conto delle specificità territoriali». Insomma non piace l'invasione di campo sulle competenze regionali e gli avvocati del Pirellone faranno leva proprio su questo concetto per impostare il loro ricorso davanti alla Corte costituzionale. Ci sono una serie di prescrizioni molto vincolanti e «basate su presupposti erronei derivanti da una lettura centralista e non adeguata né rispetto alla specificità di situazioni e contesti molto



difforni tra loro». E poi resta l'incognita denaro. Va bene togliere i posti letto, va bene chiedere più disponibilità a medici e infermieri. «Ma chi paga?» si chiede Formigoni.



L'AFFONDO
Chiede «una marcia indietro» l'assessore alla Sanità Mario Melazzini che si unisce al presidente Formigoni nel definire «un orrore» il decreto Balduzzi



Influenza, appello della Asl “Bisogna vaccinarsi subito”

Parte oggi la campagna 2012 dopo il doppio stop

ALESSANDRA CORICA

PARTONO oggi in venti ambulatori della Asl le vaccinazioni contro l'influenza. Un appuntamento a cui il quartier generale di corso Italia è arrivato con il fiato sospeso, per i problemi avuti su due terzi delle forniture — 150mila delle 210mila dosi ordinate a Milano — dopo lo stop deciso dal ministero della Salute e dall'Aifa sui vaccini prodotti dalla Crucell e dalla Novartis. «Ora però partiamo tranquilli — dice Giorgio Ciconali, che guida il servizio di Igiene e sanità pubblica della Asl — Tre giorni fa l'Aifa ha sbloccato le dosi della Novartis: questo ci permetterà di avere delle ulteriori forniture se le 167mila che la Regione ha assicurato, coprendo l'80 per cento del fabbisogno, dovessero essere insufficienti». Un'eventualità che però sembra lontana. Perché il rischio adesso è quello della «disaffezione al vaccino», come la definiscono gli esperti. Ovvero, la sfiducia da parte dei cittadini verso il farmaco, per la paura di effetti collaterali. E il conseguente flop della campagna. «Ma questi timori sono immotivati — obietta Ciconali

— I vaccini sono sicuri, e per gli anziani e i malati cronici vaccinarsi è molto importante. Noi raccomandiamo a tutti di venire alla Asl e farlo, anche perché non ci sono rischi: ci si può vaccinare con tranquillità».

Già da una settimana i 700 medici di famiglia che hanno aderito alla campagna vaccinale somministrano il farmaco ai pazienti che l'hanno acquistato in farmacia. «Ma rispetto all'anno scorso — spiegano dal sindacato Snami — l'impressione è che le perplessità siano molte. Se prima in questo periodo almeno la metà, se non due terzi dei pazienti prendeva informazioni, adesso al massimo uno su quattro si interessa al vaccino e alla sua somministrazione». La vaccinazione è raccomandata e gratuita per le categorie “a rischio”: anziani over 65 e malati cronici, con patologie al fegato, ai reni o all'apparato respiratorio. «I blocchi disposti nelle ultime settimane — spiega Fabrizio Pregliasco, virologo dell'Università Statale — hanno dimostrato che i controlli sono scrupolosi. Le dosi sono sicure: il consiglio è di farlo assolutamente».

Anche perché, aggiunge Pregliasco, quest'anno l'influenza potrebbe rivelarsi «più vivace del 2011, con tre varianti del virus: la vecchia H1N1, una variante americana e una australiana». E se il picco influenzale è atteso per la fine dell'anno — per monitorare la malattia, a livello regionale saranno controllati oltre 198mila pazienti dai medici “sentinella” del ministero — già in questi giorni in molti si sono ritrovati a letto con febbre e raffreddore: tra le 8mila e le 10mila persone a Milano, oltre 40mila in Lombardia. «Ma si tratta — sottolinea Pregliasco — di forme parainfluenzali, causate dagli sbalzi di temperatura. L'influenza vera e propria non arriverà prima di dicembre: c'è almeno un mese per vaccinarsi».

In venti ambulatori sono chiamati anziani e malati cronici con 167mila dosi recuperate

**I medici di base registrano già un netto calo
I tecnici: “Timori immotivati”**

LA FORNITURA

Sono 167mila i vaccini adesso a disposizione della Asl di Milano dopo il doppio stop deciso in tutta Italia dal ministero. Così si arriverebbe a coprire l'80% del fabbisogno stimato in città per le categorie a rischio

LA STAGIONE

In Lombardia saranno 198mila i pazienti tenuti sotto osservazione dai medici “sentinella” per monitorare l'andamento del virus. Il picco dell'influenza è atteso a fine dicembre

L'ANTICIPO

A letto con la febbre: l'influenza ancora non c'è ma in questi giorni si stima che siano ammalate 10mila persone a Milano e 40mila in tutta la Lombardia. Effetto di forme parainfluenzali

Le cifre

Parte la campagna di vaccinazione della Asl contro l'influenza



DA OGGI NEGLI AMBULATORI E DAL MEDICO DI FAMIGLIA VACCINI, VIA ALLA CAMPAGNA DOPO IL "THRILLER" DELLE DOSI

SAVONA. Dopo la paura per i vaccini ritirati, dopo le procedure d'urgenza per assicurarsi le nuove forniture, in ritardo rispetto agli anni scorsi, parte oggi la campagna di vaccinazione antinfluenzale della Asl2 savonese. Le dosi sono arrivate nei giorni scorsi e - in parte - sono già state consegnate anche ai medici di famiglia.

In tutta Italia però si parte con l'incognita della casa farmaceutica Novartis: dopo che il **Ministero della Salute** aveva stoppato la vendita dei vaccini Flud e Agrippal, prodotti dalla casa farmaceutica, pochi giorni fa lo stesso Ministero ha revocato il blocco definendoli sicuri. Peccato che nel frattempo ovviamente le Asl si siano organizzate in altro modo, ad esempio per la Asl 2 e la Liguria la Centrale acquisti ha proceduto a negoziare in via d'urgenza con la Società Sanofi Pasteur MSD la fornitura del vaccino antinfluenzale "Vaxigrip", con la richiesta di 20mila dosi per un importo complessivo di 76mila euro. Anche per il primo lotto cancellato, quello della Janssen Cilag, la Asl si era rivolta alla Sanofi Pasteur chiedendo la fornitura di 5000 dosi del vaccino Intanza.

Insomma, quasi una campagna "monomarca" per la Asl savonese,

ma in fondo per gli utenti cambierà poco perché l'importante è che sia garantita la fornitura a tutti coloro che ne faranno richiesta. Il rischio però è che il tam tam sui vaccini insicuri abbia scoraggiato molti dall'andare a fare la profilassi antinfluenzale. Prima che scoppiasse il caso, l'obiettivo dichiarato della Asl2 era di incrementare il numero dei vaccinati rispetto ai circa 60mila dello scorso anno. L'obiettivo della S.c. Igiene e Salute pubblica della Asl2 diretta dalla dottoressa Maria Paola Briata resta quello di vaccinare il più possibile della popolazione "a rischio" e delle categorie per le quali il vaccino viene offerto gratuitamente: dagli over 65 ai bambini ai lavoratori con incarichi di contatto con il pubblico. «È importante prevenire il diffondersi di un'epidemia, per quest'anno il "picco" è atteso tra dicembre e gennaio, speriamo di essere pronti per quell'epoca», commenta la direttrice.

Dove fare la vaccinazione? Quella gratuita per tutte le categorie a rischio è disponibile presso i medici di famiglia e i pediatri, oppure negli ambulatori di Igiene e Salute pubblica della Asl sul territorio savonese.

E. ROS.



SANITA' COSI' LA «PROTEZIONE» CONTRO L'INFLUENZA

Vaccini, campagna al via Dove e quando usufruirne

Quindicimila dosi a disposizione dei medici di famiglia

A PARTIRE da oggi inizia la campagna di vaccinazione antinfluenzale 2012-2013 che vedrà, come ogni anno, la collaborazione tra le strutture pubbliche ed i medici di famiglia nella capillare offerta del vaccino alle categorie di popolazione individuate dal **Ministero della Salute** per una protezione più appropriata dalle possibili complicanze dell'influenza.

«Oltre alla popolazione di età uguale o maggiore a 65 anni, la vaccinazione - afferma il dottor Francesco Maddalo, Direttore della Struttura Complessa Igiene e Sanità Pubblica della nostra ASL - è consigliata a chi è affetto da patologie croniche di tipo respiratorio, cardiaco, diabetico, renale o di altri apparati; da proteggere sono tuttavia anche altre categorie di persone, ad esempio le donne gravide nel 2° e 3° trimestre o chi svolge attività lavorative che possono favorire il contagio, quali le forze di polizia, chi opera in ambito sanitario oppure in altri ambienti pubblici. Ricordo inoltre che la prevenzione dell'influenza è resa possibile anche dall'adozione di misure igieniche individuali: quando si ha la tosse o si starnutisce usare fazzoletti monouso, lavarsi spesso le mani e pulire le superfici soggette a contatti comuni».

L'offerta della Asl ai medici di famiglia, che avranno un'iniziale disponibilità di 15.000 dosi, ai quali si sommano i vaccini presenti presso gli ambulatori pubblici, permette di iniziare la campagna di profilassi in modo completo; grazie al coordinamento della centrale regionale di acquisti non si è registrato nessun

GLI 'SPORTELLI'

Giorni e orari di presentazione, previo appuntamento, alle strutture pubbliche

ritardo nella fornitura dei vaccini, che non appartengono alle tipologie recentemente oggetto di divieto precauzionale di commercializzazione. L'attività di controllo dei farmaci, anche in fasi precedenti l'ingresso nel nostro Paese dei lotti potenzialmente a rischio, ha dimostrato la sua efficacia.

«Le recenti dichiarazioni pubbliche dell'Assessore alla Sanità Claudio Montaldo hanno inoltre rasserenato circa implicazioni di tutela assicurativa per i professionisti che praticano le vaccinazioni antinfluenzali: poiché essi effettuano attività autorizzata in nome e per conto delle Asl, risultano coperti dal sistema di gestione diretta del rischio», conclude Maddaluno.

Le vaccinazioni vengono eseguite: dai medici e pediatri di famiglia convenzionati presso i rispettivi ambulatori nei consueti orari di ricevimento; dalle strutture pubbliche, su presentazione di certificazione medica, previo appuntamento anche telefonico, come segue:

LA SPEZIA: Igiene Pubblica, via Milano 48, p. terra 0187/534544; martedì 13 e 27 novembre, martedì 11 e 18 dicembre su appuntamento dalle 14.30 alle 17.

LEVANTO Igiene Pubblica, c/o Ospedale p. terra; 0187/533833; martedì 20 novembre e giovedì 20

dicembre su appuntamento dalle 14.30 alle 16.30

SARZANA: Igiene Pubblica, c/o «Triangolo» p. terra via Variante Aurelia; 0187/613237-613236, giovedì 22 e 29 novembre, giovedì 6 e 13 dicembre su appuntamento dalle 14.30 alle 17.30.



Fasce deboli, tagli del 90% in sei anni

Indagine Fish (handicap):
azzerati fondi per disabili,
immigrati e anziani

Censis: sotto la media Ue

PAOLO RUSSO
ROMA

Per i malati di Sla e per gli altri disabili gravi alla fine spuntano le risorse: 200 milioni al fondo per le non autosufficienze, nei quali sono compresi i fondi per curare la sclerosi laterale amiotrofica. Ma quella dei fondi per la disabilità è solo la punta di un iceberg perché, tra una manovra e l'altra, dal 2008 al 2014 nei fondi statali per il sostegno sociale rimarrà meno di un euro su dieci. E mentre la coperta del nostro Stato sociale si ritira le famiglie scoprono a proprie spese il welfare «fai da te», pagando un prezzo sempre più elevato, sia in termini lavorativi che di costi per colf e assistenza, vicini ai 10 miliardi. Più dell'intera spesa sociale di tutti i comuni.

A scattare la pietosa fotografia è un'indagine della Fish, la federazione per il superamento dell'handicap, che è andata a fare le pulci a tutti i dieci fondi statali creati per supportare disabili, anziani, persone a bassissimo reddito, famiglie disagiate. Ebbene, degli oltre 2 miliardi e mezzo stanziati nel 2008, dopo svariati colpi di forbici, nel 2014 nel piatto non rimarranno che le briciole: 212 miliardi, pari a un taglio del 91,6%. I colpi più duri li hanno subito il fondo per le politiche sociali, a supporto di anziani, disabili e famiglie in difficoltà, passato dai 929 milioni del 2008 ai miseri 44 del 2013, e il fondo per la non autosufficienza,

che in assenza di emendamenti a suo favore con la legge di stabilità 2013 è completamente azzerato, mentre fino a due anni fa contava 400 milioni. A quota zero anche i fondi per i servizi all'infanzia, quello per il sostegno delle spese d'affitto per le famiglie meno abbienti e il fondo per l'inclusione degli immigrati, mentre per il sostegno alle famiglie in difficoltà sono rimasti solo gli spiccioli: 21 milioni il prossimo anno, contro i 346 del 2008. E se lo Stato si ritira sono le famiglie a farsi carico dell'assistenza che non c'è.

L'indagine della Fish dice che chi ha in cura anziani e disabili ha un tasso di occupazione inferiore alla media che è del meno 8% per le donne tra i 25 e i 44 anni. Il nervo più scoperto è comunque quello dell'assistenza ai disabili gravi. I tagli al fondo per la non autosufficienza e soprattutto quelli alla sanità rischiano di mettere in ginocchio il sistema

d'assistenza. Una recente indagine del Censis certifica che la nostra spesa pro-capite per assistere chi non ha più autonomia è la più bassa dei Paesi Ue e gli effetti sono quelli di avere poche strutture territoriali e un'assistenza domiciliare integrata praticamente inesistente. Su oltre un milione di disabili gravi solo la metà riesce ad avere cure a domicilio, con in media appena 22 ore l'anno di assistenza erogata per ciascun malato, dicono impietosamente i dati del **ministero della salute**.

Stessa situazione per le Rsa, le re-

sidenze socio-assistenziali, che accolgono anche a vita anziani non autosufficienti e disabili sia psichici che

sensoriali. Trovare ricovero è come vincere un terno al lotto, con liste d'attesa anche di un anno. E se si ottiene il posto poi si devono fare i conti con il «caro retta» perché il «Network non autosufficienza» ha calcolato che la quota a carico dell'assistito è ormai in media di 1.375 euro al mese. Cifra che raddoppia tranquillamente se ci si rivolge al privato.

**In ginocchio il sistema
di assistenza agli anziani
e ai non autosufficienti
Via anche i servizi all'infanzia**



Le proteste dei cittadini sui tagli del governo

1375
euro al mese

È la quota media
che paga alle strutture
pubbliche l'assistito
non autosufficiente



Il medico ora lo scelgo con la "app" e risparmio tempo e soldi

DOPO IL SUCCESSO DEL PORTALE "IDOCTORS" I FONDATORI LANCIANO LE APPLICAZIONI MOBILI PER IPHONE E ANDROID: UN SISTEMA CHE CONTA SU 1800 SPECIALISTI CHE METTONO IN RETE ANCHE I LORO CURRICULUM E LE VALUTAZIONI DEI PAZIENTI

Catia Barone

Prenotare un esame diagnostico con un click, scegliere un medico su Internet, fissare una visita facendosi guidare dai commenti di una community di utenti. Il portale iDoctors.it mette a disposizione una rete di studi o strutture private e 1800 specialisti per orientare i pazienti verso la scelta più vicina alle loro esigenze. Un esempio di come i servizi medici possono cambiare volto, scommettendo sul mondo digitale, con l'obiettivo di abbattere i costi, ridurre le attese e fare scelte ragionate. Per prenotare si accede al sito e si selezionano giorno, ora e professionista, senza nessun prepagamento. I medici presente nella rete di iDoctors.it sono divisi per specializzazione e dotati di un profilo di-

digitale. I pazienti possono accedere al curriculum dello specialista, leggere i commenti e i giudizi lasciati dagli altri utenti, avere a disposizione il costo delle prestazioni, la mappa con l'indirizzo del professionista, le sue pubblicazioni e gli articoli medici.

Il servizio è utile per le persone che devono sottoporsi ad una visita specialistica ma non sanno a chi rivolgersi e agli utenti che hanno bisogno di una prestazione medica in tempi rapidi. «Abbiamo oltre 5000 visitatori giornalieri, con un incremento del 60% dall'inizio dell'anno e

del 100% rispetto a settembre 2011», dice Pierluigi De Vittorio, uno dei fondatori del sito. «Da gennaio 2012 sono aumentati del 65% i medici che aderiscono all'iniziativa. I pazienti che si servono del sito hanno raggiunto i 50mila utenti dal debutto online. Il tutto è senza costi per i malati».

I fondatori non si fermano al sito. «Il portale è apprezzato da migliaia di utenti e per soddisfare le richieste dei pazienti abbiamo deciso di realizzare l'app per l'iPhone», spiega

Paola Conti, fondatare insieme con De Vittorio di iDoctors.it. «La versione per l'Android sarà a sua volta pronta entro dicembre. Un modo per amplificare la rapidità del servizio sfruttando il mobile». Anche l'app è gratuita, il suo funzionamento è semplice e la prenotazione avviene in tempo reale: dopo aver selezionato la città di riferimento e il tipo di prestazione, l'utente visualizza la mappa disponibile grazie al sistema di geolocalizzazione e sceglie il medico più vicino o consulta l'elenco completo degli specialisti confrontando il costo delle visite, i curricula e anche quì le opinioni dei precedenti pazienti. Un click e la prenotazione è confermata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



1
 2
 I fondatori di iDoctors. Pierluigi De Vittorio e Paola Conti: visto il successo del sito hanno lanciato le versioni con le "app"



Sanità tagli anche a merendine e fotocopie

Ridurre o eliminare le merendine, fare fotocopie sempre fronte-retro. Sono queste alcune delle trentaquattro regole dettate dalla Regione alle Asl, per risparmiare il 5 per cento del budget entro la fine dell'anno. Le regole fanno seguito ad altre iniziative sempre sul fronte del risparmio: dai servizi di ristorazione e di lavanderia, a quelli di pulizie e sanificazione che si sono svolti fino a luglio e nei primi giorni di agosto. Poi è arrivato il decalogo. I direttori generali dovranno comunicare a chi ha vinto le gare d'appalto che ridur-

ranno gli importi del 5% fino al termine delle forniture dei servizi e nel caso che non si raggiunga un accordo il contratto dovrà essere rescisso entro 30 giorni.

Giovannelli all'interno

Sanità, la Regione taglia fotocopie e merende

► Dettate 34 regole a ospedali e Asl per risparmiare

IL PIANO

Carrozine usate per i disabili. Ridurre o eliminare le merendine, fare fotocopie sempre fronte-retro. Sono queste alcune delle trentaquattro regole dettate dalla Regione alle Asl e aziende ospedaliere, per risparmiare il 5 per cento del budget entro la fine dell'anno. La qualità del servizio sanitario negli ospedali non è in discussione, almeno per il momento. Anche se i risparmi si stanno abbattendo sui cittadini come la diminuzione delle ore di front office nei centri per le prenotazioni. Risentiranno dei tagli anche i disabili perché gli ausili (come le sedie a rotelle) dovranno

no essere riciclati. Sul fronte dei dispositivi medici è obbligatorio ridurre gli acquisti dai privati e inasprire le procedure di autoriz-

zazione e di verifica dei prezzi. Infine dovrà essere verificata con più attenzione l'appropriatezza delle analisi e delle indagini cliniche. Quest'ultime rischiano di diventare più difficili perché sotto la scure dei tagli c'è la riduzione della manutenzione di alcune apparecchiature.

Le regole fanno seguito ad altre iniziative sul fronte del risparmio con incontri con tutte le Asl sui servizi di ristorazione e di lavanderia, poi su quelli di pulizie e sanificazione che si sono svolti a fine luglio e nei primi giorni di agosto. Poi è arrivato nei primi giorni di ottobre il decalogo. I direttori generali dovranno comunicare a chi ha vinto le gare d'appalto che ridurranno gli importi del 5% fino al ter-



mine delle forniture dei servizi e nel caso che non si raggiunga un accordo il contratto dovrà essere rescisso entro 30 giorni.

La Regione indica di ridurre la frequenza delle pulizie delle aree non sanitarie, diminuire o eliminare le merende applicando un giro di vite sugli accessi alle mense ospedaliere. Bisogna tagliare del 30% le ore di vigilanza armata in non armata perché costa meno. Per i dipendenti ci sarà meno assistenza per i servizi informatici e l'eliminazione di tanti telefonini aziendali mentre a quelli rimanente dovrà essere assegnato un tetto di spesa. Fotocopie e documenti stampati fronte retro, e meno cancelleria. Ospedali al buio? Ma certo, nella spending review regionale è prevista anche la riduzione dei consumi energetici e tutti dovranno

stare attendere allo spreco di luce e a spegnere le macchine elettriche non utilizzate.

Marco Giovannelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le principali regole



Riciclo ausili usati per disabili



Meno pulizie nelle zone non sanitarie



Minor manutenzione informatica



Verifiche sulle analisi



Riduzione delle merende



Budget di spesa sui telefoni aziendali



Verifiche sulle indagini diagnostiche



Meno vigilanza armata del 30%



Fotocopie sempre fronte retro



Spegnere le macchine elettriche



Diminuzione ore per le prenotazioni



Taglio del 10% della cancelleria



**LE CARROZZINE
DEI DISABILI
DOVRANNO ESSERE
RICICLATE
ELIMINATI MOLTI
TELEFONI AZIENDALI**



Se il Paese mette la scienza all'angolo

Silvio Garattini

In questo periodo c'è stata molta attenzione nel discutere la messa in moto da parte del ministero dell'Istruzione di un'agenzia, l'Anvur, destinata a valutare i risultati scientifici dei vari gruppi di ricerca italiani. Nessun dubbio sulla importanza di questa attività, come d'altra parte il Gruppo 2003 (il gruppo dei ricercatori più citati nella letteratura mondiale) ha indicato nel suo Manifesto costitutivo e ribadito in più occasioni.

È giusto ritornare a premiare il merito, ma questo merito va valutato considerando che in Italia, a differenza di altri Paesi, esistono condizioni impari di competizione e povertà delle risorse disponibili. Il merito dipende certamente dalle capacità intellettuali e organizzative dei singoli ricercatori, ma anche e soprattutto dal

contesto istituzionale all'interno del quale essi operano. Infatti il prodotto della ricerca è quasi sempre frutto dell'attività di gruppo e dei finanziamenti disponibili che sono spesso condizionati da fattori di distorsione.

C'è chi è stato favorito dall'ammiccamento ai partiti, chi si è fatto fare leggi ad hoc, chi può partecipare ai bandi di concorso e chi ne è stato escluso, c'è chi ha fatto fortuna legandosi al mondo dell'industria, chi ha fatto debiti che vengono poi pagati da fondi pubblici, chi è stato favorito da finanziamenti diretti e chi usufruisce del vantaggio di appartenere a gruppi di potere. È vero che alla fine conta il merito, ma non si può prescindere da un'analisi di come questo sia stato raggiunto.

Continua a pag. 16

Se il Paese mette la scienza all'angolo

Silvio Garattini

Inoltre la giusta attenzione alla valutazione dovrebbe essere accompagnata dalla disponibilità di adeguate risorse e non dai tagli. Succede invece esattamente l'opposto: è come andare a valutare come spende i soldi chi si trova in miseria. Val sempre la pena di ricordare che questo governo, chiamato a fronteggiare un'emergenza finanziaria gravissima, nel limitato tempo della sua operatività non è riuscito, come del resto i precedenti, a dedicare alla ricerca l'attenzione che questa avrebbe meritato.

La nostra spesa per la ricerca è continuamente diminuita ed è attualmente ben al di sotto della metà della media europea; il numero dei ricercatori è in continua diminuzione anche per una

consistente emigrazione con scarsi ritorni e non deve perciò meravigliare il fatto che recuperiamo dalla competizione europea la metà dei contributi che sborsiamo. La situazione è disastrosa. Nel campo biomedico tutte le multinazionali del farmaco hanno chiuso i loro laboratori e le industrie italiane, con poche eccezioni, hanno abbandonato da tempo la ricerca.

Manca nel nostro Paese praticamente l'industria dei diagnostici, delle apparecchiature scientifiche, dei dispositivi medici. L'Italia è diventata un grande e appetibile mercato, dove tutti attingono senza investire in ricerca, proprio perché mancano le condizioni minime per farlo. Come pensa di riprendersi questo Paese? È possibile uno sviluppo sul lungo termine



senza investire in ricerca? Da dove nascerà l'innovazione con prodotti ad alto valore aggiunto se non si sfrutta la creatività degli italiani, l'unica vera risorsa visto che non si posseggono materie prime, né un costo del lavoro competitivo? In fondo almeno la ricerca biomedica costa molto poco.

Con un miliardo di euro all'anno (qualche chilometro di autostrada) reperibili con l'aumento di 20 centesimi per pacchetto di sigarette o prodotto alcolico, si possono mantenere 5.000 ricercatori e 10.000 borsisti. E' proprio impossibile? I ricercatori italiani sono stati sempre troppo "timidi", mentre dovrebbero alzare la voce non solo per difendere il loro lavoro, ma soprattutto per sostenere i veri interessi di questo Paese.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'Italia rinuncia all'innovazione

Silvio Garattini

In questo periodo c'è stata molta attenzione nel discutere la messa in moto da parte del ministero dell'Istruzione di un'agenzia, l'Anvur, destinata a valutare i risultati scientifici dei vari gruppi di ricerca italiani. Nessun dubbio sulla importanza di questa attività, come d'altra parte il Gruppo 2003 (il gruppo dei ricercatori più citati nella letteratura mondiale) ha indicato nel suo Manifesto costitutivo e ribadito in più occasioni.

È giusto ritornare a premiare

il merito, ma questo merito va valutato considerando che in Italia, a differenza di altri Paesi, esistono condizioni impari di competizione e povertà delle risorse disponibili.

> Segue a pag. 16

L'Italia rinuncia

Silvio Garattini

Il merito dipende certamente dalle capacità intellettuali e organizzative dei singoli ricercatori, ma anche e soprattutto dal contesto istituzionale all'interno del quale essi operano. Infatti il prodotto della ricerca è quasi sempre frutto dell'attività di gruppo e dei finanziamenti disponibili che sono spesso condizionati da fattori di distorsione.

C'è chi è stato favorito dall'ammiccamento ai partiti, chi si è fatto fare leggi ad hoc, chi può partecipare ai bandi di concorso e chi ne è stato escluso, c'è chi ha fatto fortuna legandosi al mondo dell'industria, chi ha fatto debiti che vengono poi pagati da fondi pubblici, chi è stato favorito da finanziamenti diretti e chi usufruisce del vantaggio di appartenere a gruppi di potere. È vero che alla fine conta il merito, ma non si può prescindere da un'analisi di come questo sia stato raggiunto.

Inoltre la giusta attenzione alla valutazione dovrebbe essere accompagnata dalla disponibilità di adeguate risorse e non dai tagli. Succede invece esattamente l'opposto: è come andare a valutare come spende i soldi chi si trova in miseria. Val sempre la pena di ricordare che questo governo, chiamato a fronteggiare un'emergenza finanziaria gravissima, nellimitato tempo della sua operatività non è riuscito, come del resto i precedenti, a dedicare alla ricerca l'attenzione che questa avrebbe meritato.

La nostra spesa per la ricerca è continuamente diminuita ed è attualmente ben al di sotto della metà della media europea; il numero dei ricercatori è in continua diminuzione anche per una consistente emigrazione con scarsi ritorni e non deve perciò meravigliare il fatto che recuperiamo dalla competizione europea la metà dei contributi che sborsiamo. La situazione è disastrosa. Nel campo biomedico tutte le multinazionali del farmaco hanno chiuso i loro laboratori e le industrie italiane,

con poche eccezioni, hanno abbandonato da tempo la ricerca.

Manca nel nostro Paese praticamente l'industria dei diagnostici, delle apparecchiature scientifiche, dei dispositivi medici. L'Italia è diventata un grande e appetibile mercato, dove tutti attingono senza investire in ricerca, proprio perché mancano le condizioni minime per farlo. Come pensa di riprendersi questo Paese? È possibile uno sviluppo sul lungo termine senza investire in ricerca? Da dove nascerà l'innovazione con prodotti ad alto valore aggiunto se non si sfrutta la creatività degli italiani, l'unica vera risorsa visto che non si posseggono materie prime, né un costo del lavoro competitivo? In fondo almeno la ricerca biomedica costa molto poco.

Con un miliardo di euro all'anno (qualche chilometro di autostrada) reperibili con l'aumento di 20 centesimi per pacchetto di sigarette o prodotto alcolico, si possono mantenere 5.000 ricercatori e 10.000 borsisti.

E' proprio impossibile? I ricercatori italiani sono stati sempre troppo "timidi", mentre dovrebbero alzare la voce non solo per difendere il loro lavoro, ma soprattutto per sostenere i veri interessi di questo Paese.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



» **L'intervista** Stefano Piccolo

L'oncologo premiato «Forbici molecolari per distruggere la corazza del male»

Ippocrate descrisse diversi tipi di tumore. Chiamò i benigni «oncos» e i maligni «carcinos». Celso tradusse il greco «carcinos» nel latino «cancro», che significa anche granchio o gambero. Oggi Stefano Piccolo si ricollega agli antichi maestri greci per scoprire in laboratorio che l'organizzazione cellulare di un tumore si differenzia dai tessuti sani perché non ha uno scheletro, ma crea una corazza al cui interno esprime la diversità maligna. E che «rompendo» tale corazza si può riportare alla norma qualcosa che finora è apparso come invincibile. Vincitore del premio Firc «Guido Venosta» 2012, Stefano Piccolo, padovano, classe 1967, dopo quattro anni all'Howard Hughes Medical Institute dell'università della California a Los Angeles, a Padova è tornato nel 1998 a portare avanti le sue teorie e firmare successi scientifici con il suo team. Prima come ricercatore, oggi come docente di Biologia molecolare e oncologo sperimentale. «Le cellule dei nostri tessuti sani non sono sospese nel vuoto, ma hanno tutta una struttura di sostegno che le avvolge: altre cellule e anche materiale di tipo fibroso, chiamato matrice extracellulare — è la premessa di Piccolo —. Nel cancro l'equilibrio si sbilancia, le cellule tumorali riempiono le cavità, l'organo si destruttura in una architettura aberrante, le cellule nutrici si superattivano e la matrice si indurisce». Come la corazza del granchio. Continua Piccolo: «Noi abbiamo scoperto che tutto questo converge a mandare un segnale, una molecola del nucleo, chiamata Yap o Taz, che rende le cellule del tumore resistenti alla chemioterapia e le fa muovere in giro (metastasi) generando un secondo tumore...

Quello che ci piacerebbe provare è attaccare questi segnali da fuori, rinormalizzando l'ambiente intorno al tumore, per esempio, con delle forbici

molecolari, rendere il tumore più "morbido". Aprire cioè la corazza del granchio per colpirlo nelle parti molli. Con Michelangelo Cordenonsi e Sirio Dupont (che firma come primo nome il lavoro su *Nature*), Piccolo ha compreso che non ci sono solo fattori che viaggiano da cellula a cellula, ma anche

altri segnali quali l'architettura dei tessuti: da qui partono messaggi ai geni, si attivano staminali (tumoralmente se la struttura è tumorale). Rinormalizzando l'architettura si può bloccare il cancro e annullare la proliferazione delle staminali malate. I ricercatori padovani sono partiti da una semplice considerazione: le cellule sono immerse in un ambiente tridimensionale in cui sono continuamente sottoposte a stimoli di tipo meccanico. Solo rispettando le caratteristiche biomeccaniche, come sofficià o durezza di un certo tessuto, è possibile indirizzare lo sviluppo delle cellule staminali verso un certo destino. Per esempio si potrà ottenere nuovo osso solo in un ambiente duro, mentre nuovo tessuto adiposo (grasso) si svilupperà solo in un ambiente particolarmente morbido e così via. Ma come fanno le cellule a trasformare un segnale meccanico in un ordine da impartire nel linguaggio chimico e molecolare? Grazie alla proteina (e quindi al gene) chiamata Yap. A Padova sono riusciti a variare il processo di differenziamento delle cellule staminali, abbassando o aumentando i livelli di Yap. «Un tumore non è un nodulo duro perché è maligno, semmai è vero il contrario: è maligno perché è duro», ribadisce Piccolo. È l'ambiente, l'architettura del tessuto nel suo insieme, a governare il destino della malattia.

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Scienziato Stefano Piccolo, classe 1967, ha vinto il premio Firc «Guido Venosta» 2012



Istituto Regina Elena I ricercatori hanno individuato il modo di contrastare il proliferare delle cellule malate

Una molecola per bloccare il cancro al seno

■ Nuovi progressi nella lotta contro il cancro al seno. Il gruppo di Oncogenomica Traslazionale dell'Istituto Regina Elena, in collaborazione con il Weizmann Institute of Science (Israele), ha pubblicato nell'ultimo numero dell'«Embo Molecular Medicine» la scoperta di una nuova molecola in grado di bloccare la proliferazione delle cellule tumorali nei tumori al seno.

Questa scoperta, «oltre a consentire una maggiore comprensione sui meccanismi della trasformazione neoplastica, pone le basi molecolari per nuove terapie e trattamenti sempre più personalizzati per uno dei tumori, come quello al seno, che è il più diffuso tra le donne». La molecola individuata dai ricercatori è il microRNA 10b* (miR-10b*), che fa parte di una classe di mediatori cellulari di recentissima scoperta che agiscono regolando l'espressione di proteine coinvolte nella crescita e nello sviluppo del tumore. Si tratta di molecole oggetto negli ultimi anni di una intensa ricerca, in quanto si stanno rivelando come nuovi possibili biomarcatori nella diagnosi e prognosi di diverse neoplasie umane, tra cui il cancro al seno. Gli esperimenti condotti nei laboratori di Oncogenomica Traslazionale, in collaborazione con l'Anatomia Patologica dell'Istituto Regina Elena, hanno permesso di dimostrare che nel tumore al seno esiste una diversa espressione di alcuni microRNA rispetto al tessuto circostante sano. «L'espressione del miR-10b* in particolare - illustra Francesca Biagiotti, autrice del lavoro - viene persa nelle cellule tumorali rispetto alla controparte sana e la ricostituzione della sua espressione porta alla morte delle cellule tumorali stesse, attraverso la riaccensione dell'attività di tre proteine coinvolte in processi chiave per la sopravvivenza della cellula trasformata».

«La rilevanza di questa scoperta - aggiunge Giovanni Blandino, coordinatore dei laboratori di oncogenomica traslazionale - è data dal fatto che il tumore al seno rappresenta ancora un problema clinico, a causa della risposta terapeutica non sempre prevedibile e del potenziale manifestarsi di resistenze alle terapie».

INFO

Scoperta

Il team del Regina Elena ha collaborato con il Weizmann Institute of Science, di Israele



Bambino Gesù Sarà utilizzato per fare esami istologici alla retina dei bimbi senza alcun prelievo

Ecco il macchinario che svela i tumori agli occhi



Luca Buzzonetti
Responsabile
dell'unità
operativa
oculistica

■ Si chiama tomografo a coerenza ottica. È uno degli ultimi macchinari diagnostici adottati per patologie e tumori oculari come il retinoblastoma, una tra le neoplasie più frequenti nei bambini. Conosciuto anche con il nome di Oct, lo strumento da 48mila euro è stato donato dalla GreenVision, consorzio di ottici tra i più importanti in Italia, all'ospedale pediatrico Bambino Gesù.

Inaugurato ieri nell'unità operativa di Oculistica della sede di San Paolo, dopo la benedizione di Padre Mario, il macchinario è già stato trasferito a Palidoro. «È qui che abbiamo il reparto chirurgico di oculistica, dove avvengono più di duemila interventi ogni anno - spiega il professor Luca Buzzonetti, responsabile dell'unità - L'Oct mostra le caratteristiche morfologiche dell'occhio: la retina, la cornea e il nervo ottico. Ma soprattutto è uno strumento in grado di seguire il processo di patologie e tumori dell'occhio, come il retinoblastoma. Ogni anno si scoprono quaranta nuovi casi in Italia». Il tomografo a coerenza ottica si basa su una sorgente laser ad infrarossi ed è in grado di ricostruire l'anatomia della retina. È in grado di fare una Tac alla membrana più interna dell'occhio senza l'utilizzo di radiazioni.

Le informazioni si trasformano in im-

magini su un computer e consentono un esame della retina a livello istologico, senza che venga effettuato alcun prelievo sul piccolo paziente. «La tutela della vista di un bambino è fondamentale - spiega Fortunato De Gaetano, presidente di GreenVision - Questo macchinario portatile sarà importante per prevenire molte malattie». Il consorzio, attivo da vent'anni, da tempo è impegnato nella solidarietà.

«Questa è la prima donazione che facciamo, ma da anni siamo attivi in Africa a fianco di alcune Onlus - racconta De Gaetano - Lunedì partiremo con il Fatebenefratelli per il Madagascar, dove faremo da supporto in interventi oltre a fornire centinaia di occhiali da vista». Il Bambino Gesù ha presentato pochi mesi fa il nuovo protocollo terapeutico nazionale per il retinoblastoma. Punto di riferimento per la cura delle patologie oculari congenite, malformative, degenerative e traumatiche in età pediatrica, l'unità operativa di Oculistica si occupa anche di prevenzione, diagnosi e valutazione dei difetti visivi e della loro correzione. Chirurgicamente vengono trattate patologie come la cataratta e il glaucoma congeniti, le neoplasie a carico dell'orbita e del bulbo oculare, lo strabismo, i trapianti di cornea e i traumi oculari.

Giulia Bianconi



CONTRO IL TUMORE IL TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO

di NICOLA SIMONETTI

Nuovi orizzonti nel trapianto di midollo e giornata mondiale dedicata ai tumori neuroendocrini.

Il trapianto di midollo osseo, pratica in evoluzione che può guarire malattie oncologiche del sangue, consiste nella infusione di cellule staminali (cellule progenitrici di globuli bianchi, rossi e piastrine) per eliminare la malattia del paziente e ripristinare cellule normali nel midollo. Le moderne tecnologie citogenetico-molecolari - dice la prof. Giordina Specchia, direttore Ematologia università policlinico Bari, studiosa a livello internazionale della materia - consentono la diversificazione delle strategie terapeutiche nei pazienti con tumori del sangue. Migliori procedure, nuovi farmaci, terapie di preparazione e mantenimento post-trapianto consentono a molti malati anche anziani, prima esclusi, di usufruire del trapianto.

Ma il trapianto con midollo e cellule di donatore (allograpianto), a volte, è di difficile o impossibile attuazione perché il ricevente lo rifiuta per incompatibilità. Nuove tecniche e farmaci riducono il rifiuto. È - dice la prof. Specchia - il capitolo del trapianto allogenico alternativo oltre quello tradizionale, con i condizionamenti per la migliore soppressione della reazione immunitaria, o l'adattamento immunologico donatore/ricevente.

Anche per il settore pediatrico che, per l'allograpianto, ha ridotto fino alla non rilevanza i pazienti *non responder* anche ai programmi chemioterapici intensivi. Il trapianto allogenico è ora terapia per quasi tutti i pazienti ematologici dopo attento studio nelle prime fasi di malattia ed immediata attivazione della ricerca del donatore, sulla individuazione del quale lo scenario è ora prospetticamente più ampio. Ricerche biologiche hanno consentito identificazione di specifici *markers* molecolari di malattia, nuovi farmaci, ottime terapie standard e progressi delle procedure trapiantologiche in leucemie, linfomi, mielomi ecc per sempre più malati giovani ed anziani.

In Puglia, sin dagli anni '60, presso l'Ematologia del policlinico, si eseguono trapianti di midollo che, ora, sono routine in 7 delle 9 ematologie della Regione collegati in Rete con attività di ricerca di livello elevato. Notevoli progressi raggiunti anche con i trapianti allogenici da donatori non familiari (Registro), da donatori non compatibili e da cordone ombelicale.

Tumori neuroendocrini. Progressi italiani in campo mondiale anche nello studio e terapia di tumori neuroendocrini, neoplasie complesse che si manifestano negli apparati digerente e polmonare dove le cellule endocrine presenti proliferano in modo abnorme e formano tumore. La crescita, lenta, dà sintomi solo in 2 malati su 10. Negli altri si manifesta ad invasione e metastasi compiute. Steve Jobs, colpito da tumore neuroendocrino del pancreas, ne è stato l'ultima vittima famosa. I trattamenti dalla chirurgia (laparoscopica o aperta per riduzione od asportazione della massa), ad analoghi di Somatostatina.

«Importante novità degli ultimi giorni - dice la prof. sa Tomasetti (università di Bologna) - il farmaco a bersaglio molecolare, agente sui meccanismi di crescita delle cellule tumorali».



TREMILA NUOVI CASI OGNI ANNO

Sono cinquanta i centri di eccellenza in Italia per diagnosi e cura dei tumori neuroendocrini

Luisa Romagnoni

■ Centri di riferimento specializzati in nove potenti terapie. È questa la via strategica per contrastare in modo efficace i tumori neuroendocrini (Neuro Endocrine Tumors, Net). Neoplasie relativamente rare (l'incidenza è in crescita in Italia, sono circa 3000 i nuovi casi all'anno) che colpiscono le cellule del sistema neuroendocrino, presenti in numerosi organi. Intercettarli per tempo è difficile, a causa della prevalente asintomaticità e aspecificità dei sintomi che producono. «I Net sono neoplasie infrequenti e complesse che si manifestano nell'apparato digerente e in quello polmonare», spiega Gianfranco Delle Fave, presidente di Itanet, ordinario di gastroenterologia, università degli Studi di Roma La Sapienza. «La caratteristica cellulare che li contraddistingue è un sistema, identificato attraverso l'istologia, adatto a produrre ormoni o specifici neuropeptidi: le cellule endocrine possono proliferare in maniera abnorme e formare masse tumorali. Pervia della loro complessità, i Net vanno affrontati con un

approccio multidisciplinare che caratterizza tutti i Centri di riferimento (50 in tutta Italia), costituiti con l'impulso degli specialisti impegnati sui tumori neuroendocrini che si sono dimostrati in Europa tra i maggiori esperti. Oggi, a livello di trattamento farmacologico, la nuova frontiera, è rappresentata dai farmaci a bersaglio molecolare, come everolimus (inibitore selettivo della proteina mTOR, l'unico indicato e rimborsato in Italia per la terapia dei Net pancreatici).

«I risultati delle nuove opzioni terapeutiche a bersaglio molecolare, come quelli prodotti da everolimus, evidenziano un significativo aumento della sopravvivenza», afferma Stefano Cascinu, presidente Aiom, direttore della clinica di oncologia medica, università politecnica delle Marche, ospedali riuniti Umberto I di Ancona. «È un farmaco maneggevole, che ci assicura dal punto di vista della tollerabilità e della sicurezza. Attualmente si è dimostrato efficace per i pazienti con tumori neuroendocrini del pancreas a stadio mediamente differenziato e con attività proliferativa medio-bassa».



Cancro al seno e obesità la scoperta del ruolo della leptina

CRISTIANA PULCINELLI
ROMA

Che ci sia un legame tra l'obesità e il tumore al seno è ormai accertato. Molti studi hanno dimostrato che le donne in sovrappeso o obese presentano un aumento, seppure modesto, del rischio dopo la menopausa. Il rischio sembra essere presente soprattutto per le donne che guadagnano peso durante la vita adulta e riguardare in particolare i tumori le cui cellule hanno i recettori per gli estrogeni. Recentemente, inoltre, uno studio pubblicato su *Cancer* da un gruppo di ricerca statunitense ha dimostrato anche che le donne in sovrappeso o obese trattate per cancro al seno hanno più probabilità di ammalarsi nuovamente e di morire a causa della malattia. In particolare, le donne obese hanno il 40% in più di probabilità di avere una recidiva e il 69% di probabilità in più di morire rispetto alla media. L'aumento del rischio di cancro al seno dopo la menopausa si pensa sia dovuto all'aumento dei livelli di estrogeni.

Ora una ricerca italiana, pubblicata su *Cancer Research* e ripresa da molte riviste di divulgazione scientifica negli Stati Uniti, fornisce nuove informazioni sul nesso molecolare alla base del legame tra obesità e tumore. Secondo lo studio coordinato da Sebastiano Andò dell'università della Calabria ma a cui hanno partecipato numerose ricercatrici come Stefania Catalano, Ines Barone, Cinzia Giordano e Marilena Lanzino, a svolgere un ruolo chiave sarebbe la leptina. Si tratta di un ormone prodotto dal tessuto adiposo che manda al cervello un segnale quando i depositi di grasso sono sufficienti. Il segnale induce un senso di sazietà limitando così l'assunzione di cibo e quindi la formazione di nuovo tessuto adiposo. «Abbiamo scoperto che la leptina amplifica il segnale degli estrogeni,

ormoni che sono noti per essere coinvolti nel processo di crescita tumorale. Anche quando la donna è in menopausa, e quindi ha dei livelli di estrogeni bassi, la leptina può potenziare l'azione e quindi simulare gli effetti di un livello alto di estrogeni», spiega Andò.

La leptina fa da tramite tra le cellule mammarie cancerose e il microambiente in cui si trovano, ovvero le cellule del tessuto connettivo circostante, costituito soprattutto da cellule del sistema immunitario e cellule definite «fibroblasti associati al cancro» (Caf) che giocano un ruolo cruciale nella progressione del tumore. Il microambiente tumorale negli ultimi anni si è dimostrato essere importantissimo per la crescita del tumore. «Questo può far immaginare nuove strategie terapeutiche che si concentrino sul microambiente tumorale», spiega Andò.

A livello del microambiente tumorale si crea un circolo vizioso: la leptina stimola la crescita, la mobilità e l'invasività delle cellule tumorali, ma le cellule tumorali a loro volta producono una serie di fattori di crescita che stimolano la proliferazione e la migrazione dei Caf e la successiva produzione di leptina. Il fenomeno viene così amplificato. Si può quindi pensare a nuove terapie che interrompano il «dialogo» tra microambiente e cellule tumorali. «Se elaboriamo sostanze che interrompano il cross talk, troviamo il modo di frenare la crescita e la progressione tumorale». La ricerca del gruppo coordinato da Andò è stata finanziata da Airc che da anni sostiene il lavoro dei ricercatori con la raccolta fondi. Oggi è l'ultimo giorno della campagna «I giorni della ricerca» donazioni possono essere fatte entro oggi attraverso il numero 45505, oppure fino al 17 novembre sui siti www.superenalotto.it e www.matchpoint.it o nelle ricevitorie Sisal.



Salute

UN ARMISTIZIO CON IL CANCRO

Si sta verificando
un passaggio
da «guerra totale»
a strategie
diverse e mirate

di ALBERTO COSTA*

Perché con il diabete abbiamo accettato di convivere purché si lasci tenere sotto controllo e invece con il cancro vogliamo continuare una guerra totale? La domanda è stata posta da uno dei cento esperti mondiali chiamati a Lugano la scorsa settimana per il *World Oncology Forum* (Wof), organizzato dalla Scuola europea di oncologia nel 30° anniversario della sua fondazione. Ormai è chiaro che «cancro» è una parola generica, che non definisce una malattia, ma una galassia di condizioni, alcune delle quali non uccidono più da tempo e altre che ancora non danno scampo. È anche chiaro che il cancro è sostanzialmente un errore di alcune nostre cellule, a volte indotto da fattori esterni, ma spesso da ragioni ancora ignote. Tra le cause esterne gli esperti puntano i fari su quattro colpevoli: alcuni virus (soprattutto l'Hpv), l'alcol, l'obesità (i cancerogeni si accumulano nel grasso) e il solito tabacco. Per quanto possa sembrare noioso parlarne ancora, resta il fatto che il tabacco pesa quanto gli altri tre fattori messi insieme e che se sparisse il tabacco dal mondo sparirebbe anche quasi la metà dei casi di cancro. Se poi, parlando di cellule, l'errore in un certo senso sta in qualcuno dei nostri geni, allora siamo sicuri che vogliamo davvero fargli la guerra totale? Una volta si diceva ai chirurghi «più tagli più curi!», poi venne Veronesi e dimostrò che tagliando meno si viveva di più. Si usava la «bomba» al cobalto per distruggere le cellule maligne, poi venne la più «gentile» radioterapia intraoperatoria e i risultati furono soddisfacenti. Si usava la chemioterapia ad alte dosi per distruggere il tumore, ma quasi ammazzava il paziente, poi vennero i farmaci mirati e dimostrarono di sapere convincere le cellule maligne a suicidarsi (la cosiddetta *apoptosi*). Apriamo un negoziato con il cancro? Forse non ancora, ma certo una delle indicazioni del Wof di Lugano è stata: separate gli avversari, prevenite il prevenibile e curate il curabile. Su ciò che ancora sfugge mantenete alta la guardia della ricerca, studiando non solo le cellule del cancro, ma anche quelle che le aiutano e quelle che dovrebbero sopprimerle (sistema immunitario) e non lo fanno. Il tempo è galantuomo e alla fine la soluzione verrà trovata.

*Direttore scientifico Scuola europea di oncologia, Milano e Lugano



SANITÀ

Oncologia, farmaci e risparmio: i conti non tornano

Simonetti a pag. 19

ONCOLOGIA ■ UN SETTORE AFFLITTO DA TROPPE CONTRADDIZIONI E TAGLI INDISCRIMINATI

Sanità: risparmio e giudizio

Si bloccano i farmaci innovativi e si sprecono risorse

■ NICOLA SIMONETTI

Risparmi in sanità, sì, ma non avarizia immotivata. Soprattutto, razionalità, appropriatezza degli interventi, abbattimento dei costi abnormi di gestione, riequilibrio del sistema regionale perché il cittadino non sia discriminato a causa per residenza, condizione socio-economica, malattia e sia tutelato nei riguardi dei grandi eventi di patologia senza trascurare, ovviamente, i minori.

Il Servizio Sanitario, che va salvaguardato nella sua interezza, è migliore in Europa. Ma non lo si riesce a far funzionare a causa di inutili sprechi e di gestione costosamente impropria che punisce malati e società tutta.

È la denuncia della Società di **Onco-****logia** Medica, presieduta dal prof. **Stefano Cascinu**, che, tra l'altro, fa rilevare che, per quanto riguarda i farmaci oncologici, la cui spesa ospedaliera non è cresciuta negli anni (1.550 mld euro nel 2010; 1530 nel 2011) e rappresenta il 25% (4% dell'intera spesa ospedaliera), mentre pesante ed irrazionale è il sistema del controllo e di immissione.

Non è sufficiente il placet (su dati di controllo diretti ed obiettivi condivisi anche da noi) dell'agenzia europea, non l'altrettanto scrupoloso di quella italiana, ci vuole anche nulla osta regionale che, a seconda di finanze e visioni locali, ammette, ritarda, rifiuta al solo scopo di rinviare/annullare la spesa di acquisto. In media, 7/8 mesi per l'approvazione. Vi si aggiunge la "dogana" di singoli ospedali e/o ASL, altri 6 mesi. In to-



tale 18-24 mesi dopo che l'agenzia europea ha riconosciuto innovatività, efficacia, sicurezza del prodotto. Un gap tra malati italiani ed europei.

Per cittadini con stesso tipo di tumore, il farmaco innovativo indicato (appropriato) è disponibile prima solo in alcuni Paesi d'Europa e, dopo 1-2 anni, in alcune regioni od ospedali italiani. Al limite della schizofrenia.

Inoltre, il carico di budget discrimina anche per stagione dell'anno. Chi si ammala o ha bisogno di un determinato farmaco nell'ultima parte dell'anno, specie novembre-dicembre, a volte, deve farne a meno perché il budget dell'Ente, ormai esaurito, non ha disponibilità e la cura è sospesa, rimandata - se sopravvivivi - all'anno prossimo.

Allo stato, in Italia, non sono erogati 20 prodotti innovativi.

A proposito di innovatività - denuncia il prof. Carmelo Iacono (nella foto), presidente Fondazione [AIOM](#) - si cercano cavilli per evitare il riconoscimento di un farmaco, cosa che ne comporterebbe la disponibilità. Si sta inventando un algoritmo fatto di 176 prove-caselle da riempire.

Un abracadabra per complicare il riconoscimento dell'innovatività se non proprio preventivamente bocciarlo.

E si sorvola su terapie di non comprovata efficacia che costano 350 milioni di euro l'anno, su superflui o inutili esami per marker tumorali che portan via decine di milioni, visite di controllo che costano 350 milioni euro. Necessario agire sulle zone grigie dell'inappropriatezza, fare rete con centri oncologici di provata esperienza, uguaglianza fra cittadini, eliminare i doppi, sburocratizzare.

TRASFERITA - Forte rappresentanza al congresso nazionale torinese del "Lingotto" e gli interventi delle dottoresse Bertè, Vignola e Tiozzo

Cure palliative, la sfida di portarle dentro casa

Dall'esperienza degli hospice di Piacenza e Borgonovo nuova luce sulle modalità di assistenza

■ L'esperienza piacentina delle cure palliative e degli hospice, il progetto della "rete" che punta a portare le cure anche dentro le case, fa scuola e sbarca al "Lingotto", dove recentemente si è tenuto il 19° Congresso nazionale della società italiana cure palliative (Sicp). Il momento peraltro è delicato e improntato a cambiamenti, la legge 38 del 2010 ha riconosciuto infatti il diritto di ogni cittadino ad accedere alle cure palliative in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, ma a due anni di distanza la difficoltà di applicare questi principi è palpabile in molte regioni. Alle giornate di lavoro hanno preso parte, fra gli altri, Raffaella Bertè e Monica Bosco dell'Unità Operativa Cure Palliative di Piacenza.

«E' emerso un forte impegno affinché sia attuato l'accordo Stato-Regioni - spiega Bertè - che prevede la realizzazione della rete di cure palliative in modo da garantire la continuità assistenziale in hospice, a domicilio, in ospedale e nelle strutture residenziali per qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo per la quale non esistono terapie che portino alla guarigione». A questo proposito, il modello presente nel nostro ospedale, cioè l'Unità Operativa di Cure Palliative all'interno del Dipartimento di Onco-ematologia, creata nel maggio 2011 rappresenta, a livello regionale, un esempio di applicazione della continuità assistenziale fungen-

do da "ponte" tra ospedale e territorio oggi con gli hospice, in futuro anche con le cure palliative domiciliari, viene spiegato.

Il "fil rouge" tematico del congresso è stata la comunicazione: con il malato, con i famigliari, con i mass media vecchi e nuovi (giornali, televisione, internet) e tutti i possibili strumenti per migliorare il dialogo con le istituzioni e con la popolazione. Da segnalare l'apprezzata trasmissione di un filmato in ricordo del Cardinale Carlo Maria Martini, testimone della possibilità di evitare l'accanimento terapeutico.

Per Piacenza ricordiamo l'importante risultato di cui si è già dato conto: in una rosa di 6 finalisti, la vincitrice del premio "Vittorio Ventafridda" è stata Camilla Di Nunzio, psicologa dell'Oncoematologia con una serie di opuscoli dal titolo "Come dire a mio figlio che ho un tumore? A parte ciò, le equipe dei due hospice del territorio piacentino ("La Casa di Iris" di Piacenza e l'Hospice di Borgonovo) hanno inviato al congresso numerosi rappresentanti tra infermieri, psicologi e operatori socio sanitari.

Valentina Vignola, psicologa psicoterapeuta dell'"La Casa di Iris", ha presentato un poster dal titolo "Individuazione precoce del bisogno di Cure Palliative al fine di ottimizzare la presa in carico del malato oncologico in fase avanzata di malattia e della sua famiglia" e un progetto di

indagine sui bisogni dei bambini e delle famiglie nei contesti di cure palliative pediatriche della nostra Regione.

Bertè ha presentato un poster realizzato nel Dipartimento di Oncologia in collaborazione con il Corso di laurea in Infermieristica dell'Università di Parma dal titolo "L'auto-monitoraggio dei sintomi in un modello simultaneo care applicato al paziente con patologia oncologica"; tale lavoro è scaturito dalla necessità di garantire, al paziente in trattamento chemioterapico, un buon controllo dei sintomi di malattia o degli effetti collaterali della terapia stessa; ciò avviene attraverso il modello della simultaneous care che consiste nell'inserimento precoce delle cure di supporto, palliative, riabilitative e psicologiche atte a favorire una migliore accettazione della terapia antitumorale, un rapido recupero funzionale ed un più precoce ritorno del malato alla vita attiva familiare e sociale.

Michela Tiozzo, psicologa psicoterapeuta dell'Hospice di Borgonovo, ha illustrato una modalità di supervisione tra gli hospice che ha visto coinvolte entrambe le equipe in un percorso di incontro, confronto, condivisione e formazione.

Questo ed altro, nel corso dell'esperienza torinese «che si tradurrà anche in un miglioramento nell'assistenza quotidiana ai nostri pazienti» conclude la dottoressa Bertè.

