

Sistema sanitario. Incompatibilità

Medici, finisce a giugno l'intramoenia in studio

DIVIETO

Attività professionale preclusa anche se l'ospedale non ha predisposto spazi adeguati

Paolo Del Bufalo

■ Sparisce dal 30 giugno 2012 la libera professione intramoenia "allargata", quella cioè che medici e dirigenti sanitari possono svolgere nei loro studi se l'azienda sanitaria da cui dipendono non ha organizzato gli spazi adatti al proprio interno. E questa volta - dopo dieci anni di proroghe - sparisce senza appelli o marce indietro, ha promesso il ministro della Salute **Renato Balduzzi**. Con l'approvazione definitiva del Milleproroghe si scrive così la parola fine alla possibilità per i dottori di lavorare in libera professione negli studi, ma anche in strutture scelte dall'azienda tra quelle private e non convenzionate con il Servizio sanitario nazionale.

Una previsione su cui i medici sono già intervenuti dividendosi su due fronti: quello di chi ritiene indispensabile proseguire questa forma di libera professione per mancanza di spazi e chi invece è d'accordo con la cancellazione, ma spinge per fissare regole - e penalizzazioni per gli inadempienti - inderogabili per le Regioni a garanzia della realizzazione degli spazi interaziendali.

L'intramoenia allargata è oggi possibile, infatti, solo in assenza degli spazi istituzionali realizzati nelle Asl e negli ospedali che ora - altra previsione

del decreto - dovranno essere ultimati dalle Regioni sempre entro il 30 giugno 2012. Una previsione difficile da realizzare in tempi stretti: solo la metà delle Regioni, secondo l'ultima relazione di gennaio dell'osservatorio ministeriale sulla libera professione, ha utilizzato il 100% delle risorse messe a disposizione dalla legge (oltre 800 milioni stanziati dal Dlgs 254/2000), ma gli interventi "collaudati" e quindi in funzione sono in realtà al 100% solo in Umbria.

Scialuppa di salvataggio nel Milleproroghe anche per alcune situazioni a rischio nei bilanci sanitari. Il testo prevede che fino al 31 maggio 2012, le regioni che non siano sottoposte a piani di rientro dai deficit possono procedere al ripiano del disavanzo sanitario al 31 dicembre scorso «anche con la vendita degli immobili». La novità sembra che sarà colta al volo solo dalla Liguria, ma potenzialmente potrà valere per tutte le regioni che finora hanno i conti sanitari in regola.

Ulteriore previsione è la conferma del cosiddetto "pay-back" fino al 31 dicembre 2012, la possibilità cioè per le aziende **farmaceutiche** di sospendere la riduzione del 5% dei prezzi dei medicinali, versando alle Regioni l'importo equivalente al risparmio che sarebbe derivato, appunto, dalla riduzione del prezzo.

Nel decreto c'è poi la proroga dell'incarico di commissario straordinario della Croce rossa italiana fino alla data di ricostituzione degli organi statu-

tari, dopo che sarà concluso il riassetto organizzativo dell'ente e, comunque, non oltre il 31 dicembre 2012. E a fargli compagnia c'è la proroga al 30 giugno della delega per il riordino degli enti vigilati del ministero della Salute: Istituto superiore di sanità, Croce rossa, Lega tumori, Istituti zooprofilattici sperimentali e Agenzia nazionale sanitaria. IDlgs erano stati presentati dal governo Berlusconi, ma proprio quello di riordino della Croce rossa era stato bocciato da Regioni e commissioni parlamentari e la delega era scaduta, con un nulla di fatto, a fine dicembre 2011.

Tra le altre proroghe sanitarie sono assegnati 90 giorni in più all'Agenzia italiana del **farmaco** per il completamento della copertura della pianta organica e la prosecuzione delle attività di cura, formazione e ricerca sulle malattie ematiche della Fondazione Istituto mediterraneo di Ematologia (Ime). Per quest'ultima operazione è autorizzata la spesa di 5 milioni per ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015, finanziati con riduzioni di spesa al Fondo per interventi strutturali di politica economica e alle spese di parte corrente del ministero della Salute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





L'editoriale
dei
lettori

EMERGENZA OSPEDALI

La popolazione invecchia, i posti letto per anziani e lungodegenti non sono più sufficienti e i reparti sono sovraffollati. Urge una seria riforma sanitaria

GIANCARLO ISAIA

Il problema del sovraffollamento degli ospedali e del conseguente importante disagio per i pazienti sono ben noti a chi vi opera, spesso in condizioni di costante emergenza. Ciò perché il numero di posti letto internistici e geriatrici è inadeguato se riferito alle esigenze di una popolazione che sta rapidamente invecchiando e che va in ospedale sia a causa di problemi clinici sia per il cedimento strutturale di un sistema non più in grado di gestire l'anziano a casa sua.

La letteratura medica è concorde nel sostenere la convenienza di potenziare i servizi domiciliari e di agevolare l'accesso di pazienti non autonomi in strutture residenziali assistite: occorre discutere sul destino di questa popolazione anziana, spesso economicamente fragile e socialmente isolata, non più soltanto con un'ottica di ospedalizzazione.

Poiché i posti letto negli ospedali sono stati abbattuti del 50% negli ultimi tre decenni, mentre quelli in strutture residenziali per lungodegenti non sono stati attivati in misura sufficiente, molti pazienti attendono molte ore al Pronto Soccorso, per ottenere una sistemazione spesso disagiata e talvolta anche in reparti chirurgici. I medici e gli infermieri, costretti a operare in condizioni di costante sovraffollamento e di stressante emergenza, sono anch'essi vittime di questo collasso del sistema.

Riteniamo indispensabile definire quali servizi potranno essere erogati, e stabilire con adeguata programmazione le funzioni di ciascun ospedale, operando le necessarie riconversioni in strutture per lungodegenti. Auspichiamo che il piano di riforma della sanità, non soltanto si ponga il sacrosanto obiettivo di razionalizzare le risorse, ma soprattutto non perda l'occasione per disegnare un sistema in grado di erogare servizi in condizioni di maggiore dignità e di rispetto per le persone.

**prof. di Medicina Interna, specializzazione in Geriatria,
Università di Torino**



Allarme, i ragazzi bevono troppo

Italiani e alcol: nella relazione del ministero preoccupa il consumo eccessivo dei giovani

il caso

ROSARIA TALARICO
ROMA

Gioventù bevuta. Il consumo di alcol tra i giovanissimi è in crescita. Nella fascia di età tra gli 11 e i 15 anni, il 13,6% degli intervistati (15,2%, i maschi e 12%, le femmine) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Soggetti considerati a rischio, dato che a quell'età non dovrebbe del tutto essere prevista l'assunzione di alcol. Ancora più allarmante è la percentuale (14,6%) di ragazze tra 14 e 17 anni consumatrici di alcol, una cifra raddoppiata in 15 anni.

Sono questi i dati che emergono dalla relazione del ministero della Salute su alcol e problemi correlati, inviata ieri al Parlamento. E chissà se basta a consolarsi il fatto che comunque nel 2010 «la prevalenza di questi giovani consumatori risulta in calo rispetto ai valori registrati nel 2009 (17,0%)». Più in generale, i bevitori fuori pasto sono notevolmente aumentati nel corso dell'ultimo decennio: dal 33,7% al 41,9% i consumatori tra i 18 e 24 anni; dal 14,5% al 16,9% quelli tra 14 e 17 anni.

Un boom di baby-bevitori, che passano con disinvoltura dal biberon ai

super alcolici. È in aumento il fenomeno del «binge drinking» (locuzione inglese che si può tradurre con bere in modo compulsivo). Nel 2010 ha riguardato il 13,4% degli uomini e il 3,5% delle donne. Ma nella fascia tra i 18 e i 24 anni la percentuale di donne che lo pratica sale al 9,7%.

È lo sballo sotto forma di alcol, garantito dal consumo in breve tempo e fuori pasto di superalcolici in quantità massicce. Per fortuna, di malattie correlate all'assunzione di alcol in Italia si muore sempre meno ed anche il numero dei grandi bevitori tende a diminuire, ma il consumo continua a superare i livelli di guardia tra i più giovani.

Un allarme, quello per giovani ed alcol, che il ministro della Salute, Renato Balduzzi, intende affrontare anche attraverso progetti di educazione e prevenzione da attuare insieme al ministro dell'Istruzione Francesco Profumo e al ministro Andrea Riccardi, che ha la delega per le politiche giovanili.

I dati confermano «il passaggio dal tradizionale modello mediterraneo, con consumi quotidiani e mode-

rati, incentrati prevalentemente sul vino, a un modello più articolato, che risente sempre più dell'influsso culturale nordeuropeo»: quello delle bevute senza controllo. Ma non è con il vino che ci si ubriaca, visto che il suo consumo in Italia si è praticamente dimezzato negli ultimi 30 anni, scendendo a meno di 40 litri a persona per un totale inferiore ai 21 milioni di ettolitri secondo i dati della Coldiretti.

Sono 8,6 milioni gli italiani che bevono troppo e che mettono a rischio la salute, con una quota consistente di oltre tre milioni anche tra gli anziani over 65. In costante crescita sono pure gli alcolodipendenti in trattamento presso i servizi pubblici. E il tasso di mortalità per cirrosi epatica (uno dei più importanti indicatori di danno correlato all'abuso di alcol) «pur essendo nel nostro Paese inferiore a quello medio europeo, è superiore a quello di alcuni Paesi dell'Ue».

Quanto ai ricoveri ospedalieri per cirrosi alcolica, tra il 2000 e il 2009 tale percentuale ha registrato una crescita di quasi 10 punti passando dal 26,30% al 36,4%. Viste le date, non vale nemmeno la scusa della crisi per dire che si beve per dimenticare.

BINGE DRINKING

La «bevuta compulsiva» riguarda una ventenne su 10 e più del 20% dei maschi

8,6

milioni

Sono gli italiani che consumano alcol in quantità eccessiva, con seri rischi per la salute

65.000

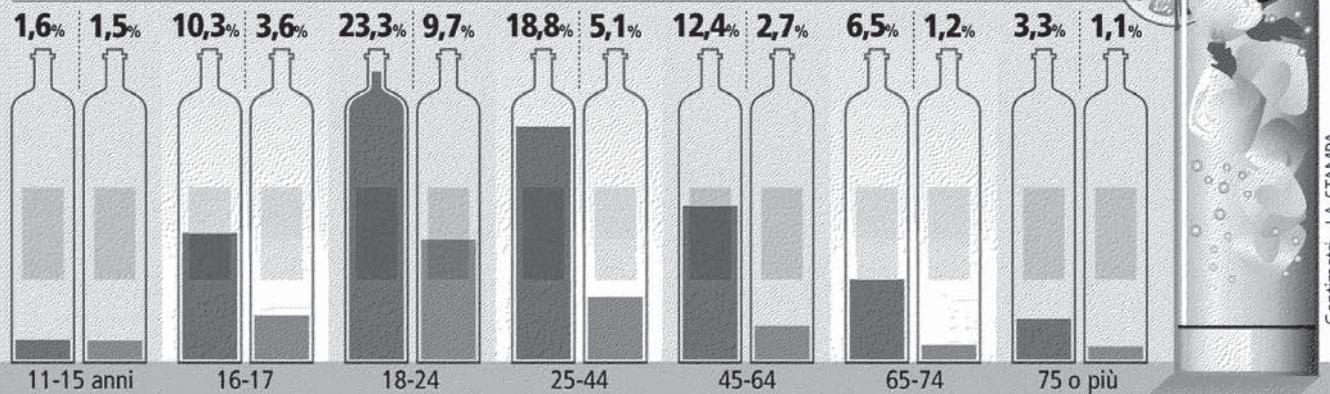
alcolodipendenti

È il numero delle persone in trattamento nei servizi pubblici (dati 2009)

Il confronto

Fonte: Elaborazione **DAVIDHUME** su dati Istat e Ministero della Salute

Persone che consumano quantità eccessive di alcol per genere e classe di età - anno 2010



Il fenomeno del consumo smodato di alcol si chiama binge drinking. Convenzionalmente si riferisce al consumo di 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in una sola occasione



Malattie genetiche **Un primato italiano**

STORIA DI MOHAMMAD

Oggi Mohammad sta benissimo, ha iniziato a camminare, a dire le prime parole, a giocare. Una normalità che sembrava preclusa al piccolo libanese fino da quando, a 40 giorni, aveva ricevuto una diagnosi che suonava come una condanna a morte: leucodistrofia metacromatica, malattia genetica che causa la perdita progressiva delle capacità intellettive e motorie, e che aveva già ucciso una sorellina, all'età di tre anni, e un fratello di cinque.

Per Mohammad però il futuro potrebbe essere diverso, perché lui è il primo bambino al mondo curato con una terapia genica messa a punto dai ricercatori dell'Istituto Tiget dell'Ospedale San Raffaele di Milano: anche se è presto per dirlo, per lui sembrano esserci speranze di guarigione fondate. Racconta Fatme, la mamma di Mohammad: «Non appena ricevuta la diagnosi abbiamo deciso che avremmo cercato di salvare questo terzo figlio a tutti i costi, e ci siamo rivolti a Nabil Cabara, il nostro medico in Libano. Lui si è messo in contatto con un centro medico in Olanda dove cercano di rallentare l'evoluzione della malattia con il trapianto di midollo, ma nel nostro caso questa via era preclusa: oltre a essere una procedura troppo costosa, richiedeva un donatore compatibile che, nel caso di Mohammad, non si trovava. Cabara, però, non si è dato per vinto e ha contattato Alessandra Biffi, dell'Istituto Telethon Tiget di Milano, che cercava bambini privi di sintomi, e che ci ha proposto di sottoporre Mohammad a un intervento sperimen-

mentale di terapia genica i cui costi sarebbero stati sostenuti da Telethon. Ovviamente abbiamo accettato».

È iniziato così, ad aprile del 2011, un lungo iter terapeutico fatto interamente a Milano, un momento di grandi difficoltà ma anche di speranze mai esistite per i fratelli, e di rapporti umani molto profondi. Racconta infatti: «La terapia è stata lunga e talvolta difficile da sostenere. I medici hanno prelevato le cellule staminali dal midollo osseo di Mohammad e poi lo hanno sottoposto per cinque giorni a una chemioterapia, per eliminare le cellule malate e far posto a quelle corrette con la terapia genica, reinfuse dopo la manipolazione in laboratorio. Tutto questo lo ha costretto a stare due mesi in ospedale, in isolamento, per evitare che contraesse pericolose infezioni. Il team del Tiget, però, ci ha assistito davvero in tutto: ci ha garantito una casa vicino all'ospedale, i pasti, i trasporti, l'assistenza nei visti da e per il Libano, i viaggi e un interprete, ed è stato vicino a tutti noi ogni giorno».

Superato con successo il ricovero, Fatme, Mohammad e il resto della famiglia sono tornati a Tripoli, nel nord del Libano, dove ora vivono una vita normale, e un po' italiana. «Mohammad è entusiasta della pasta e la chiede spesso, perché si è abituato a mangiarla durante le cure. E parla sempre, in particolare, di un'infermiera, Morina, con cui aveva stabilito un legame profondo a Milano».

Tra dieci mesi sapranno se il piccolo ce l'ha fatta. E Fatme spera che «d'ora in avanti Dio tenga d'occhio Mohammad».

Agnese Codignola

LA RICERCA IN CAMPO CONTRO LE MALATTIE RARE (MA NON COSÌ TANTO)

SONO CIRCA OTTOMILA PATOLOGIE PRIVE DI TERAPIA E COLPISCONO UN MILIONE E MEZZO DI ITALIANI. DAL 2008 IL MONDO DEDICA LORO UNA GIORNATA. E, CON I FONDI PER STUDiarLE, ECCO I **PRIMI RISULTATI**

di **AGNESE CODIGNOLA**

Hanno spesso nomi impronunciabili, sono sconosciute ai più e prive di terapie. Eppure le malattie rare (circa ottomila) colpiscono ormai un milione e mezzo di persone solo in Italia, e un bambino su duecento. Qualcosa, però, sta cambiando, perché negli ultimi anni c'è stata una grande presa di coscienza da parte dell'opinione pubblica e si è finalmente capito che non si poteva continuare a ignorarle,

lasciando nella disperazione tanti malati. Dal 2008 esiste così la Giornata mondiale delle malattie rare, e l'Unione Europea ha attribuito priorità alle patologie che interessano fino a una persona su 2.000, stanziando fondi appositi.

Questo ha significato anche, finalmente, più finanziamenti per la ricerca, che sta iniziando a dare frutti significativi. Uno di questi è stato ottenuto in Italia, dove Michele De Luca, docente di biochimica dell'Università di Modena e Reggio Emilia e diret-

tore scientifico della Fondazione Banca degli Occhi del Veneto (una struttura che promuove la donazione di tessuti corneali per trapianti), ha effettuato per la prima volta al mondo un trapianto di pelle geneticamente modificata in un giovane di 36 anni affetto da epidermolisi bollosa.

In questa malattia un difetto genetico impedisce allo strato più superficiale della pelle, l'epidermide, di attaccarsi a quello più interno, il derma; si formano così interstizi che diventano terreno ideale per infezioni e in-

fiammazioni. De Luca, su *Nature Medicine*, racconta che ha prelevato cellule staminali dalla pelle del malato, ha corretto il difetto genetico, ha lasciato crescere la pelle riparata in laboratorio e poi l'ha trapiantata nelle gambe del paziente. Dopo otto giorni la pelle aveva attecchito e dopo un anno è ancora normale. «Ora» dice De Luca «bisogna capire se il trattamento si può applicare ad altre malattie genetiche della pelle e di altri epiteli, come le distrofie corneali». ■■



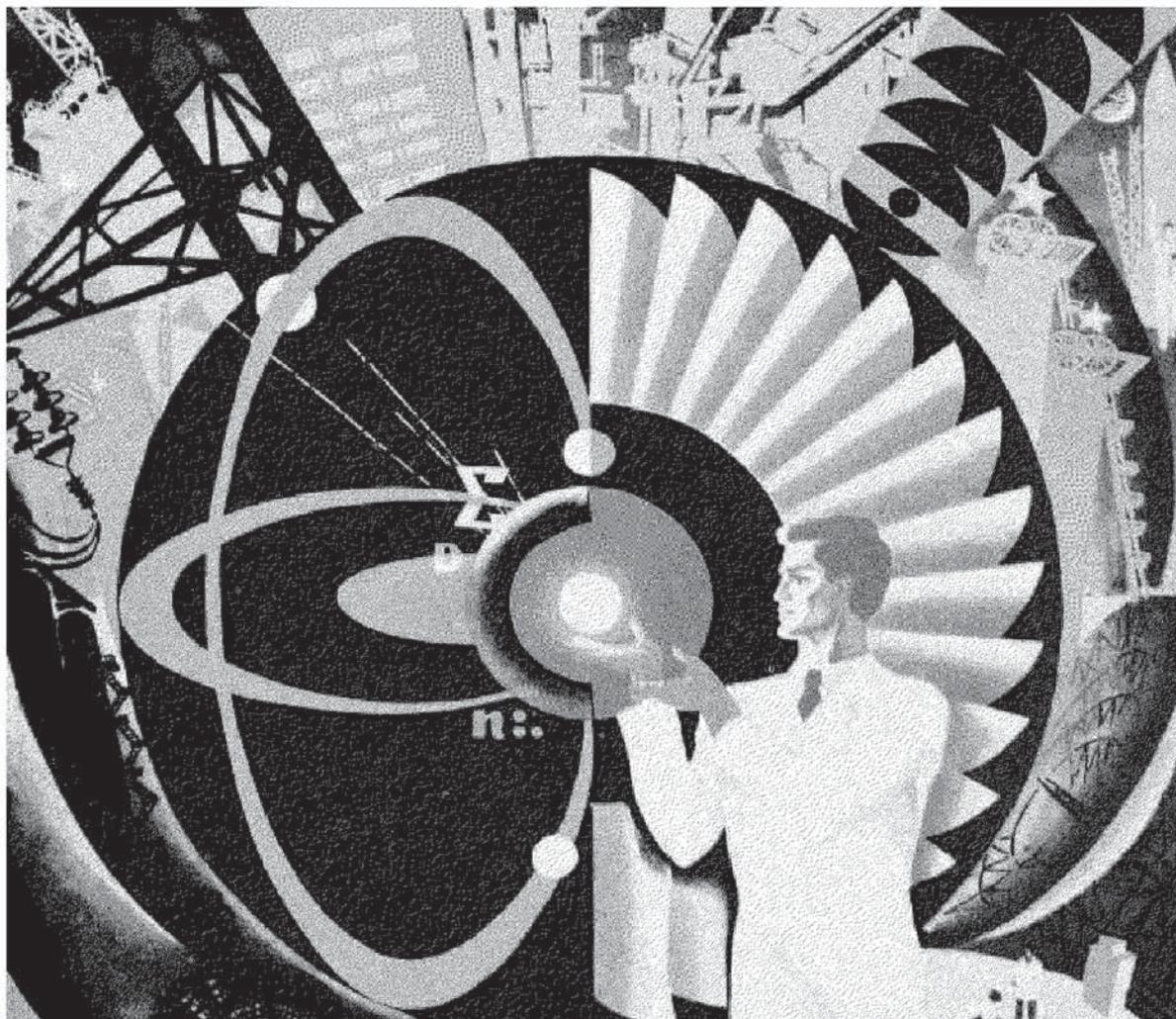
La scienza inesatta

MARCO CATTANEO

La cattiva notizia, se vogliamo, ma già lo si sapeva, è che la scienza può sbagliare. La buona è che il metodo con cui procede è così straordinariamente collaudato che essa stessa riesce a porre rimedio ai propri errori. È questo, d'altra parte, il messaggio del "provando e riprovando" che Evangelista Torricelli e Vincenzo Viviani, allievi di Galileo Galilei, avevano adottato nel 1657 quando fondarono l'Accademia

del Cimento: qui "provare" non significa tentare, ma dimostrare, argomentare, e così "riprovare" non sta per ritentare ma per rigettare, scartare le ipotesi che si dimostrano sbagliate. Sarà Popper, molto più tardi, a parlare di "falsificabilità" come limite di demarcazione tra ciò che è scienza e ciò che non lo è. Il cammino della conoscenza scientifica è costellato di errori, a volte terribilmente grossolani, altre volte incredibilmente dannosi.

SEGUE NELLE PAGINE SUCCESSIVE



L'analisi

Ai giorni nostri i problemi sono spesso dovuti alle tecnologie radicalmente nuove

La ricerca è piena di abbagli ma alla fine si corregge sempre

(segue dalla copertina)

MARCO CATTANEO

Per secoli, d'altra parte, abbiamo creduto che la Terra fosse immobile al centro dell'universo, e fino a Galileo i nostri antenati credevano che gli oggetti più pesanti cadessero più velocemente. Sempre in quegli anni, il fisiologo britannico William Harvey scoprì che il "motore" della circolazione sanguigna era il cuore, e non il fegato, come si era creduto fino ad allora. Qualche anno più tardi, e per quasi un secolo, per spiegare l'infiammabilità dei materiali si fece ricorso a un misterioso — e inesistente — principio di infiammabilità, il flogisto. La passione per le entità enigmatiche, peraltro, si protrasse fino all'inizio del '900, quando i fisici cercavano disperatamente prove dell'etere luminifero, l'ipotetico mezzo attraverso il quale dovevano propagarsi le onde elettromagnetiche.

Per arrivare più vicini ai nostri giorni, per decenni nessuno diede grande importanza al Dna, scoperto nel 1869, perché sembrava troppo insignificante per trasportare tutte quelle informazioni. Il vero segreto della vita doveva nascondersi nelle proteine: loro dovevano essere la chiave dell'ereditarietà... Furono Watson e Crick, nel 1953, scoprendone la struttura molecolare, a chiarire che invece era proprio il Dna a contenere tutta l'informazione per produrre un organismo vivente. Frattanto, negli anni venti, veniva commercializzato un farmaco miracoloso che si dimostrava efficace contro un impressionante spettro di patologie. Si chiamava Radithor, e come suggerisce il nome era a base di radio, l'elemento radioattivo scoperto pochi anni prima da Pierre e Marie Curie. Ne furono vendute 400 mila confezioni, prima che si scoprisse che il suo consumo in dosi massicce portava alla morte per avvelenamento da radiazioni...

E come non ricordare, più di recente, due scoperte annunciate con grande clamore e poi smentite o rientrate in un limbo da cui ancora non sono uscite. Era il 1989 quando Martin Fleischmann e

Stanley Pons, dell'Università dello Utah, annunciavano trionfalmente i risultati dei loro esperimenti sulla fusione fredda, ma molti altri laboratori non riuscirono a replicare i loro risultati. Un anno prima aveva suscitato scalpore la pubblicazione su *Nature* di un articolo di Jacques Benveniste in cui si descriveva un fenomeno poi passato alle cronache come "la memoria dell'acqua", che avrebbe appunto conservato traccia delle molecole che vi erano state disciolte. Soltanto una settimana dopo la prestigiosa rivista fece marcia indietro, con un articolo firmato — tra gli altri — dal suo stesso leggendario direttore, John Maddox, in cui si dimostrava che le conclusioni del team di Benveniste erano la conseguenza di errori sistematici, esperimenti mal condotti, selezione dei risultati. E negli ultimi anni il numero delle pubblicazioni ritirate o smentite dalle riviste scientifiche è in crescita vertiginosa.

A ben vedere, però, l'anomalia riscontrata nella strumentazione di Opera, che sembra compromettere i risultati sulla velocità superluminale dei neutrini annunciati in settembre, non ha nulla di paragonabile con nessuno di questi errori. Si può assimilare, piuttosto, a problemi di natura tecnologica, come la saldatura tra due magneti che provocò un'ingente fuoriuscita di elio dal Large Hadron Collider di Ginevra nel 2008 o l'O-ring che causò l'esplosione in volo del Challenger nel 1986 con la morte dei sette membri dell'equipaggio.

E forse è questa la prima riflessione che dobbiamo fare, quando ci accostiamo alla scienza sperimentale dei giorni nostri. Rispetto a un secolo fa, ma anche molto meno, la complessità delle macchine che siamo in grado di costruire è quasi sempre basata su tecnologie radicalmente nuove, per poterci avventurare in territori inesplorati, perché questa è la missione della scienza. Per questo è infinitamente più facile che funzioni il frullatore di casa anziché un colossale acceleratore di particelle. A nostra parziale consolazione, prima o poi sono proprio le procedure della scienza a dirci dove abbiamo sbagliato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La fabbrica del doping nascosta in corsia

Fermo, infermieri rubavano medicinali dalla farmacia dell'ospedale e li rivendevano

CARABINIERI

Indagate tredici persone: quattro di loro si trovano agli arresti domiciliari

Un traffico di sostanze anabolizzanti, ma anche di farmaci tradizionali, a spese dell'ospedale Murri di Fermo, sgominato dai Nas. Agli arresti sono finiti sei dipendenti dell'Ausl

Fabio Castori

■ FERMO

E' SCATTATA ieri mattina all'alba l'operazione 'Spia' con la quale è stata sgominata un'organizzazione dedicata al commercio illecito di sostanze dopanti e farmaci tradizionali, provenienti dalla farmacia e da alcuni reparti dell'ospedale Murri di Fermo. Il blitz è stato messo a segno dai carabinieri del Reparto Antidoping dei Nas di Roma, Ancona, Perugia e Pescara e della Compagnia di Fermo, ed è il frutto di una lunga e complessa indagine che ha fatto scattare sei provvedimenti di custodia cautelare nei confronti di alcuni infermieri, un addetto alla farmacia ospedaliera e un magazziniere.

SI TRATTA di Giacinto Pieroni, 57 anni, di Fermo, Sante Apolloni, 52 anni, di Montegranaro, Manuela Malaspina, 38 anni, di Lapedona, Diego Donzelli, 32 anni, maceratese, ma di origini fermane, Mariannina Simonelli, 43 anni, di Fermo, e Vittorio Gazzoli, 47 anni di Fermo. I primi quattro si trovano agli arresti domiciliari, mentre gli ultimi due sono stati sottoposti all'obbligo di firma.

NEL CORSO delle indagini, sono emerse responsabilità anche per

altre sette persone coinvolte con compiti, seppur più marginali, di consegna delle sostanze o come venditori al dettaglio. In totale sono tredici gli indagati e tutti sono accusati di associazione a delinquere, peculato e commercio illecito di sostanze dopanti e farmaci tradizionali, oggetto di furto e ricettazione.

L'INDAGINE, coordinata dalla Procura della Repubblica di Fermo, ha fatto emergere un canale di distribuzione di farmaci, sia ad azione anabolizzante che ad effetto terapeutico tradizionale, gestito principalmente dalle sei persone colpite da custodia cautelare, che si occupavano, con ruoli distinti, dell'approvvigionamento dei medicinali e della loro successiva distribuzione mediante un consolidato network impiantato sulla conoscenza diretta. Alcuni degli arrestati, grazie anche al ruolo ricoperto presso le strutture sanitarie pubbliche, sottraevano medicinali dalla farmacia aziendale e dalle dispense ospedaliere di reparto, nascondendo gli ammanchi con la falsificazione dei documenti clinici e dei registri di consumo dei medicinali.

UNO DEGLI INFERMIERI, con il supporto di un impiegato, provvedeva anche alla ricerca di clienti e alla vendita illegale dei prodotti sottratti, destinati a un ex dirigente sportivo e ad atleti amatoriali del mondo del ciclismo e delle palestre di body building delle Marche. Le singole fiale e le capsule venivano vendute a 60-70 euro l'una. I protagonisti dell'indagine, nel corso delle intercettazioni, parlavano al telefono con un linguaggio cifrato e in qualche caso non è stato ancora possibile capire quale sia la sostanza al centro della conversazione.

FOCUS

La 'rete'

Gli arrestati si occupavano dell'approvvigionamento dei medicinali e del successivo 'spaccio' attraverso una consolidata rete di conoscenti

I clienti

Un ex dirigente sportivo, atleti amatoriali del mondo del ciclismo e delle palestre di body building delle Marche. Le fiale e le capsule venivano vendute a 60-70 euro l'una



OSTACOLI SUL PROGETTO DEL MINISTERO

Sanità, non c'è un euro: in Liguria si blocca il "modello Balduzzi"

La Asl di Savona sperimenta le Case della salute insieme ai medici di famiglia. Ma l'assessore Montaldo frena: «Mancano risorse»

EMANUELE ROSSI

SAVONA. La medicina di base 7 giorni su 7. Il "punto di riferimento" sul territorio che dovrebbe sgravare il pronto soccorso dal sovraffollamento. Il "nucleo di cure primarie" all'emiliana che il ministro della Sanità Balduzzi vuole prendere a esempio per la sanità italiana del futuro. In provincia di Savona c'è già. E c'è anche un progetto per migliorarli, fermo da un anno sui tavoli della Regione.

Sono sette "centri salute" gestiti da medici associati in collaborazione coi comuni e con la Asl2, da Cairo Salute a Alassio Salute a Savona Sanità. Sessantuno professionisti, medici di base e non solo, che seguono 80mila persone. Dei quali il 70% affetto da qualche forma di malattia cronica: diabete, broncopatie, malattie ossee. Centri che chiedono da un anno di crescere, di poter erogare più presta-

zioni e più complesse, di seguire i pazienti lungo tutto il percorso di cura, compresi gli esami diagnostici, diventando "centri di responsabilità aziendale" convenzionati con le Asl, con controllo pubblico ma gestione privata dei processi di cura. Un modello messo a punto in accordo con la Asl2, che permetterebbe - in teoria - un grosso risparmio di spesa ospedaliera alla Regione. Ma il piano prevede una serie di autorizzazioni e riconoscimenti da via Fieschi. Che, in un anno, non sono mai arrivati. Nonostante a più riprese l'assessore Claudio Montaldo abbia indicato il modello delle "case della salute" e degli studi associati con più prestazioni (assistenza domiciliare, centro prenotazioni, centro prelievi) come quello a cui pensare per un futuro di vacche magre dal punto di vista dei fi-

nanziamenti statali.

«I "Centri Salute" erogano assistenza a circa un terzo della popola-

zione savonese e il primo ha aperto nel 2004 - dice il medico Francesco Bogliolo, che coordina il centro di Alassio Salute - per questo ci stupisce che si vada a guardare il modello emiliano quando c'è una realtà qui in Liguria che funziona da anni. Chiediamo il riconoscimento di un progetto

di sperimentazione gestionale per l'assistenza integrata sul territorio studiato insieme alla Asl2, con l'implementazione di prestazioni più complesse da parte dei medici di medicina generale, da erogare presso gli attuali Centri Salute, che diventerebbero Centri di responsabilità aziendali con un controllo diretto della Asl sui risultati e sul bilancio. Il modello attuale non funziona più, il cittadino è disorientato e finisce, se può, per rivolgersi ai privati per qualsiasi cosa, ma rischiando molta inappropriata nelle prescrizioni e negli esami». «Vogliamo istituire un servizio di pediatria di gruppo e la reperibilità anche per il weekend», spiega ad esempio Amatore Morando, direttore di Cairo salute.

L'assessore Montaldo riconosce che il progetto è sul suo tavolo da tempo e sebbene sia «molto interessante» sino ad ora non è stato discusso. «Abbiamo avuto questioni di bilancio prevalenti da risolvere - spiega Montaldo - ma so bene di cosa si tratta e lo affronteremo presto perché è un modello interessante e se possibile da implementare in tutte le province e non solo nel savonese. Proprio perché è un tipo di assistenza sul territorio e rivolta soprattutto

a malati cronici che comportano la spesa maggiore per il servizio sanitario. Saranno i distretti sanitari a valutare con i medici di base le forme, ma io sono convinto che la disponibilità sette giorni su sette degli ambulatori vada organizzata anche con la presenza di specialisti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un reparto di pronto soccorso

