

Rassegna del 21/12/2010

LEGGO - Materno-infantile ok dei ginecologi - ...

1

Materno-infantile, ok dei ginecologi

ROMA- La riforma dei punti nascita è oggi una realtà, «daremo il nostro pieno appoggio alle istituzioni per renderla concreta in tempi brevi, a vantaggio della sicurezza di donne e bambini». Giorgio Vittori, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), esprime la massima soddisfazione per l'approvazione del piano nazionale di riordino del materno-infantile, licenziato dalla Conferenza Stato Regioni. «Si tratta di dieci punti chiave, per ridisegnare la mappa della nascita in Italia, riconvertire i centri affinché siano attrezzati e sicuri, favorire il parto naturale, garantire a tutti l'accesso all'analgesia epidurale, migliorare la formazione degli operatori e monitorare e verificare costantemente le attività», spiega Vittori. La riforma «incontra il favore della ginecologia - conclude - perché ha accolto le nostre istanze e se n'è resa interprete».



Formigoni

«Sanità, direttori in sintonia»

di SIMONA RAVIZZA



«Certo, i manager della Sanità devono essere in sintonia politica con la Regione. Un conto è la spartizione delle poltrone tra partiti, un altro è la scelta di uomini di fiducia». Parla il presidente della Regione, Roberto Formigoni, dopo la bufera scatenata dalle dichiarazioni dell'assessore alla Sanità, Luciano Bresciani, sulla nomina dei direttori generali in proporzione ai voti presi. Il rapporto fiduciario è più che mai dettato dall'appartenenza politica? «I direttori generali per essere nominati devono, ovviamente, condividere la nostra impostazione di politica sanitaria. Ma non è detto che abbiano una tessera di partito in tasca».

A PAGINA 5

La scadenza Da rinnovare 45 tra direttori di ospedali, Asl e servizio d'emergenza. Chirurgia pediatrica, dal 2011 stanziati 8,5 milioni

Formigoni: nomine nella Sanità La fiducia non è lottizzazione

Il governatore: giusto scegliere uomini in sintonia con la Regione

«Nessuna lottizzazione».

Governatore Roberto Formigoni dica la verità.

«Certo, i manager della Sanità devono essere in sintonia politica con la Regione».

Qual è la differenza?

«Un conto è la spartizione delle poltrone tra partiti, un altro è la scelta di uomini di fiducia».

Dopo la bufera scatenata dalle dichiarazioni dell'assessore alla Sanità, Luciano Bresciani, sulla nomina dei direttori generali in proporzione ai voti presi, il rapporto fiduciario appare più che mai dettato dall'appartenenza politica.

«I direttori generali per essere nominati devono, ovviamente, condividere la nostra impostazione di politica sanitaria. Ma non è detto che abbiano una tessera di partito».

Così, però, un manager valido, ma con idee di centrosinistra è destinato a restare a casa.

«Per arrivare ai vertici di ospedali e

Asl non è previsto nessun concorso pubblico».

Quindi?

«La nomina di uomini di fiducia è prevista dalla legge. I nostri devono condividere gli indirizzi del modello sanitario lombardo».

Ci risiamo. E il merito?

«Quello è il primo requisito. Indispensabile. Indiscutibile».

Insomma, nominerete i manager migliori. Ma la scelta sarà solo tra quelli in linea.

«È una questione di responsabilità. Sono io, in primo luogo, a rispondere se qualcosa non funziona negli ospedali. La Regione ha il diritto/dovere di scegliere i propri collaboratori».

Sono concetti che l'assessore Bresciani ha estremizzato traducendoli in numero di poltrone per la Lega. Ma il principio non è lo stesso?

«Il messaggio non deve essere fuorviante: in Lombardia, ripeto, non c'è mai stata, né mai ci sarà la spartizione degli incarichi».

Alla fine del '94, però, ci fu la famosa notte della lottizzazione.

«Io sono stato eletto a giugno '95».

Nelle ultime ore, comunque, il confronto tra partiti resta acceso. La polemica con la Lega è rientrata?

«Ho detto fin dall'inizio di non creare una bufera in un bicchiere d'acqua».

Da lì sono partite, però, le



Per quegli incarichi non sono previsti concorsi pubblici: rispondo io se qualcosa non va



”

Limite d'età a 67 anni per favorire il ricambio. Sugli indagati si valuta caso per caso

consultazioni con il territorio. Di chi è stata l'idea?

«L'ho condivisa con gli assessori Bresciani e Giulio Boscagli, invitati al tavolo».

L'obiettivo?

«Raccogliere sempre più le istanze del territorio. Tutti finora si sono dimostrati soddisfatti dell'attuale conduzione».

Eppure non sono mancate le bufere giudiziarie scatenate dalle inchieste antimafia e da TeleOspedale.

«Gli avvisi di garanzia, però, non devono trasformarsi in una condanna anticipata».

Anche gli indagati, quindi, saranno riconfermati?

«Valuteremo caso per caso».

E i manager che hanno compiuto 67 anni?

«Nessun personalismo: abbiamo fissato il limite d'età a 67 anni per favorire un ricambio».

Ma i nuovi direttori generali resteranno in carica 3 o 5 anni?

«Ne stiamo discutendo».

Il rinnovo degli incarichi ai vertici di 15 Asl, 29 ospedali e dell'Azienda regionale dell'emergenza urgenza resta in calendario per il 23 dicembre?

«Rispetteremo la data».

Prima di concludere l'intervista il governatore Formigoni ci tiene a fare un'altra promessa,

che però non c'entra con i manager della Sanità: «Ho visto l'appello dei medici Alessandro Frigiola, Paolo Nucci e Roberto Brusati. Dal 2011 i rimborsi forfettari per la chirurgia e la cardiocirurgia pediatrica saranno incrementati di 8,5 milioni di euro. Anche su questo fronte sono disposto a metterci la faccia».

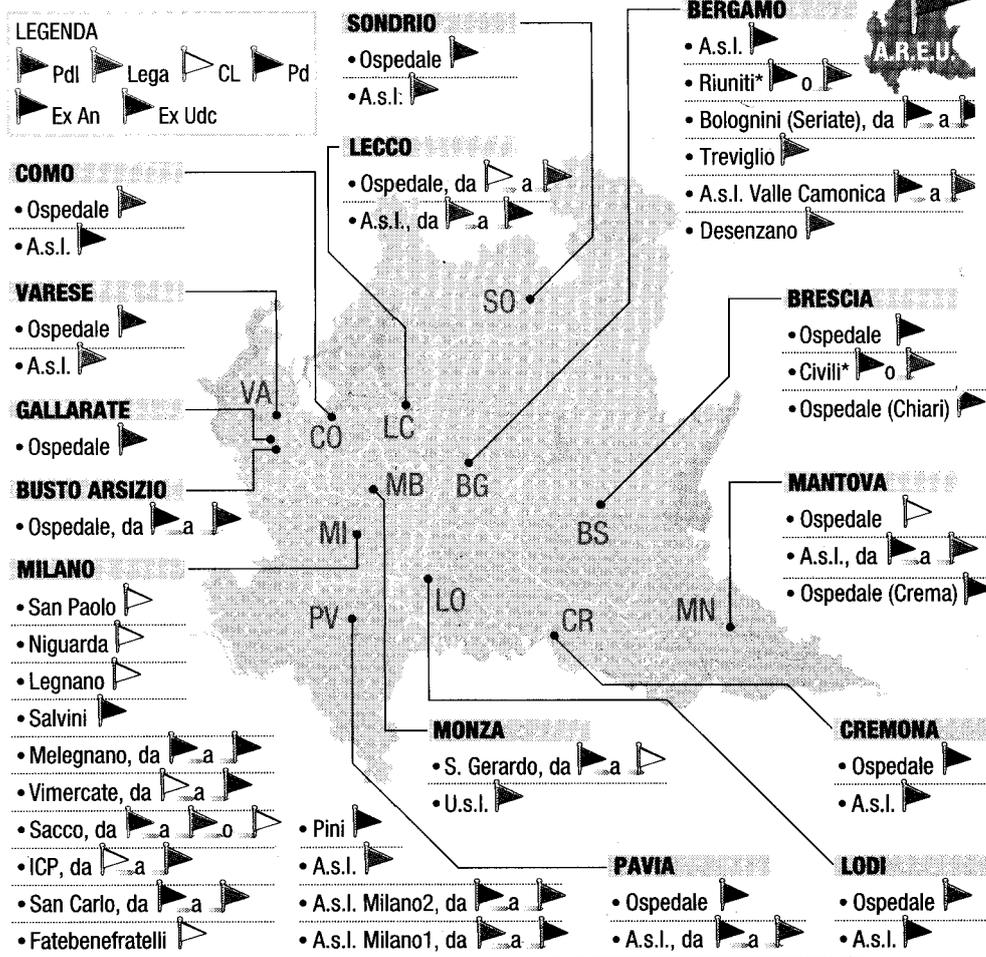
Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La decisione Il governatore Roberto Formigoni di fronte al rebus dei nuovi manager sanitari

Come cambiano le poltrone



D'ARCO

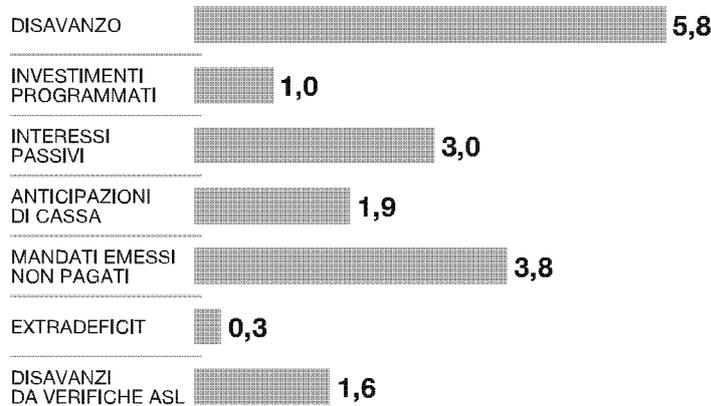
La proposta

L'offerta della Pisana per cominciare ad allentare il peso dei debiti sanitari

La Regione stanZIA 500 milioni per il concordato sui debiti sanitari

Il peso della Sanità nel Lazio

In miliardi di euro



ANDREA RUSTICHELLI

UNA frazione dell'ingente debito sanitario regionale, che è di oltre 13 miliardi, potrebbe andare in concordato se riuscirà la transazione proposta per 500 milioni dalla Giunta per tentare di arginare la valanga di contenziosi ingaggiati da creditori esasperati, spesso strozzati dal mancato pagamento delle fatture. L'esecutivo della Regione con questo stanziamento cerca di mettere una pezza, per le fatture emesse fino al 30 giugno 2010, alla voragine della sanità. Non è ancora sicuro il buon esito dell'operazione: i termini entro cui le aziende creditrici possono aderirvi sono stati prorogati al 31 dicembre dal 15 scorso. Certo, per i creditori la transazione ha un costo: la rinuncia al 5% della somma da incassare nonché ogni «onere ed interesse sui crediti certificati» (così recita il protocollo). Una voce, quella degli interessi maturati, che per le fatture ferme da molto tempo ha senza dubbio un peso considerevole. Se poi una parte dei 500 milioni stanziati dovesse rimanere inutilizzata, potranno essere raggiunti ulteriori accordi en-

tro il 20 gennaio 2011. Il buco sanitario regionale, che rappresenta oltre il 50% del debito complessivo dell'ente, è composto per la maggior parte dai 10 miliardi di debito consolidato, cui si aggiungono 1,4 miliardi di disavanzo annuale. C'è poi un ammanco di altri 1,6 miliardi trovati nei bilanci delle Asl da recenti verifiche della Giunta. A tutto questo si sommano 442 milioni di mancata copertura del disavanzo 2009 e 279 milioni di extradeficit 2010. Il pagamento dei crediti, prevede l'accordo offerto dalla Regione, è disposto in due scaglioni: sarà effettuato entro il 31 dicembre quello per le fatture emesse tra il 1° gennaio 2009 e il 30 giugno 2010; mentre entro il 28 febbraio 2011 è previsto il rimborso delle fatture di tutti gli anni pregressi (fino al 31 dicembre 2008). Entro il 21 marzo 2011, poi, saranno eventualmente pagati i debiti ai fornitori che dovessero sottoscrivere la transazione a gennaio, sempre che resti disponibile una parte dei 500 milioni. La stipula dell'accordo avviene tecnicamente tra le Aziende sanitarie dislocate sul territorio e i relativi fornitori di beni e servizi, o loro cessionari: nella gran nar-

te sono piccole e medie imprese, ma sono inclusi anche gli enti senza fini di lucro e le case di cura ex "pio istituto" (le strutture religiose). Tale deliberazione della Regione prevede una griglia burocratica piuttosto stretta per la certificazione dei crediti pretesi, che deve essere effettuata dalle stesse Asl. "In relazione ai crediti per i quali non sia presentata richiesta di certificazione nei termini indicati - recita il provvedimento - tali crediti si considerano integralmente rinunciati". Altro aspetto decisivo: gli aderenti "sospenderanno qualsiasi procedura legale eventualmente instaurata precedentemente alla sottoscrizione e non attiveranno nuove procedure legali".

Un taglio del 5% ma soprattutto la rinuncia agli interessi pregressi proposti ai creditori



PUGLIA MENTRE ARRIVA LA STRETTA SULLE PROTESI: RISPARMIO DA 20 MILIONI

Sanità, in 2mila bloccano la statale Bari-Taranto

Stop agli ospedali di Mottola e Massafra
Monta la mobilitazione dei due Comuni

FRANCAVILLA E SCAGLIARINI ALLE PAGINE 8 E 9 >>

APPROVATO IL DIF

CON SEI MESI DI RITARDO

C'è il sì al bilancio della sanità tagli ma premi alle Asl virtuose

Vendola: quelli imposti dal governo Berlusconi non sono sacrifici ma violenze

IL DOCUMENTO

Varato dalla giunta, deve ora essere sottoposto al placet dei tavoli romani. Fondi per risolvere la vertenza con i medici universitari

MASSIMILIANO SCAGLIARINI

● **BARI.** Il bilancio della sanità pugliese arriva con quasi sei mesi di ritardo, e peraltro dovrà essere sottoposto al placet dei tavoli romani. Ieri la giunta regionale ha approvato il Dief, che non contiene particolari sorprese ma in pratica si limita a ribaltare sui conti del 2011 i contenuti del piano di rientro. E dunque tagli, tagli e ancora tagli, anche se l'assessore **Tommaso Fiore** ha trovato spazio per una quota di premialità da destinare alle Asl virtuose, ma anche - ad esempio - per risolvere la vertenza con i medici universitari di Bari e Foggia.

La disponibilità netta di cassa per il 2011 è stata fissata a 6,5 miliardi di euro, cifra

che potrebbe essere rivista all'indomani delle assegnazioni definitive da parte della Conferenza Stato-Regioni. Alla premialità delle aziende sanitarie che riusciranno a mantenere l'equilibrio dei conti vengono destinati 36,9 milioni, mentre altri 28,5 milioni finiscono a fondo rischi (la dizione è impropria: ma comunque sono i soldi per fronteggiare gli imprevisti). I protocolli d'intesa con i medici universitari ricevono 32 milioni, 22 a Bari per il Policlinico e 10 a Foggia per il «Riuniti», a chiusura di una lunghissima vertenza che per anni ha tenuto bloccate tutte le ipotesi di accordo. Sempre a Bari, è stata prevista la possibilità per il nuovo Oncologico di stipulare convenzioni con il Policlinico, visto

che i due ospedali sono ormai fisicamente separati soltanto da un semaforo: si potranno tagliare i servizi doppi. L'obbligo di pubblicazione degli atti delle Asl sui siti web viene poi limitato a soli 15 giorni dall'approvazione di delibere e determine, ma i documenti dovranno essere comprensivi di allegati: la speranza è che le Asl (Taranto in primis, ma anche Brindisi) abbraccino la trasparenza. Spunta poi un tetto per il lebbrosario di Gioia del Colle, gestito dal «Miulli», oggetto tra l'altro di un'inchiesta giudiziaria successiva all'esposto di un ex dipendente: il budget annuale è stato fissato all'80% di quello previsto nel 2009 ed il rimborso è subordinato alla presentazione di «idonea rendi-

contazione» asseverata dalla Asl di Bari.

Tra i progetti obiettivo finanziati direttamente dalla Regione, per un totale di 18 milioni, spiccano i 5 milioni destinati all'assistenza domiciliare integrata dei pazienti oncologici, ma ci sono anche 50.000 euro per la redazione del nuovo Testo unico regio-



nale della Sanità nonché 130.000 euro per un sistema informatico di gestione del contenzioso sanitario.

Nel frattempo ieri il governatore **Nichi Vendola** è tornato sul tema dei tagli contenuti nel bilancio che sarà approvato a fine mese. «Quelli imposti dal governo Berlusconi - ha detto Vendola - non sono solo sacrifici ma violenze, ingiustizie e brutalizzazioni della società, perché immaginare di affrontare la crisi economica-sociale e finanziaria tagliando le reti che proteggono le persone più fragili è veramente un'idea selvaggia del governo della società». Vendola ha confermato che non ci saranno interventi sull'Irpef («Siamo forse una delle pochissime Regioni in Italia che non ha aggravato in maniera significativa la pressione fiscale») ed ha motivato il suo «no» all'esenzione dall'Irap per le nuove imprese: «Il dibattito con le forze sociali - ha spiegato - ci ha segnalato il rischio che questa misura poteva stimolare indirettamente la precarizzazione dei rapporti di lavoro».

Ieri, intanto, la giunta ha approvato formalmente lo schema di legge che recepisce il piano di rientro. Un'altra delibera ha poi corretto un errore nel programma dei tagli agli ospedali: le tabelle indicavano 12 posti letto per l'ospedale di Molfetta, che invece ne avrà 112 (rispetto agli originali 128). I posti letto complessivamente tagliati scendono dunque a 1.413, cioè esattamente quelli indicati nel piano di rientro firmato a Roma.



● Asl Bari	1.654.076.012
● Asl Bat	534.229.427
● Asl Brindisi	560.225.195
● Asl Foggia	896.971.782
● Asl Lecce	1.209.212.415
● Asl Taranto	790.906.263
● Policlinico	306.087.836
● OO.RR. Foggia	153.046.102
● Irccs De Bellis	20.576.611
● Irccs Oncologico	33.656.984
● Irccs Maugeri	20.994.140*
● Irccs S.G. Rotondo	230.680.000*
● E.E. Miulli	120.010.000*
● E.E. Panico	73.064.000*

*Tetto di remunerazione (sono strutture private)
Fonte: elaborazione su dati Regione Puglia

Verso il 2015 Le sigarette potrebbero essere vietate in tutta l'area dell'esposizione

Spunta il progetto salute «Un'Expo senza fumo»

Nutrire il pianeta, energia per la vita: il tema di Expo torna al centro del dibattito e delle iniziative. E, da qui al 2015, si potrebbe addirittura pensare di organizzare la prima Expo no-smoking. Il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, ha firmato ieri un protocollo d'intesa con il sindaco-commissario Letizia Moratti e con l'amministratore delegato della spa, Giuseppe Sala. L'accordo punta a «sviluppare progetti di formazione e informazione che riguardano la sicurezza alimentare, gli stili di vita, il collegamento fra il tema dell'Expo, l'alimentazione, e la salute», ha ribadito il sindaco.

«Il ministero della Salute è punto di riferimento in ambito nazionale ed internazionale in materia di sicurezza alimentare e della nutrizione ed è strategico per il conseguimento dell'obiettivo dell'Expo 2015», ha confermato Fazio che ha insistito sulla necessità di promuovere un'alimentazione sana, nella difesa dei prodotti nazionali: «Ridurre i rischi per il consumatore, migliorare le produzioni zootecniche e degli alimenti, è possibile solo attraverso la cooperazione ed il coinvolgimento, a livello internazionale, di Governi, Istituzioni scientifiche, associazioni dei produttori e dei consumatori e solo attraverso la ricerca, l'innovazione, la formazione e l'informazione è possibile promuovere una alimentazione sicura, equilibrata e nutrizionalmente adeguata».

Sala ha invece spiegato che Expo potrebbe avere una valenza importante sul tema della convegnistica: «C'è già molto



Annuncio Ferruccio Fazio, Letizia Moratti e Giuseppe Sala

La scheda

Investimenti

Per Expo 2015 sono previsti 1,5 miliardi di euro, cui si aggiungono contributi privati per 200 milioni. Di questa quota, 1.050 sono per le opere di preparazione e realizzazione del sito espositivo

Ricavi

Il business plan prevede circa 500 milioni di euro dalla vendita dei biglietti e altri 250 milioni dalle sponsorizzazioni

Visitatori

Il numero di visitatori attesi si attesta sui 20 milioni, di cui il 30 per cento circa stranieri

Posti di lavoro

Stando alle ultime stime, si potrebbero generare circa 61 mila posti ogni anno, con punte massime dal 2013. Secondo uno studio della Bocconi, nel 2011 ci sarebbero già 13 mila assunti

interesse sulla nostra città e vorremmo ancora più diventare sede per i convegni in ambito medico-scientifico».

C'è poi il tema degli Ogm: «Expo è una vetrina e un laboratorio — è l'opinione del sindaco — dove correttamente verificheremo tutto ciò che attiene allo sviluppo delle ricerche nel mondo: ovviamente intendiamo preservare e valorizzare la tipicità dei nostri prodotti». «Credo che la posizione di Expo debba essere quella di accogliere tutte le istanze e alla fine di prendere anche posizione — ha concluso Sala — e ritengo sbagliato prendere oggi una posizione prima di avere ragionato in maniera approfondita con gli esperti dei vari mondi».

Infine, la provocazione. Un'Expo senza sigarette? «A me non dispiacerebbe affatto», ha risposto il sindaco. D'accordo anche Fazio: «Sarebbe una scelta in linea con la volontà di Expo di promuovere corretti stili di vita».

Elisabetta Soglio



LA NOVITÀ

Expo, proibito fumare in tutta l'area

Il sindaco Moratti: «Non mi dispiacerebbero padiglioni no smoking»

■ Cartelli con il divieto di fumare potrebbero ricoprire l'intera area dedicata a Expo 2015. Il **ministro della Salute Ferruccio Fazio** e il sindaco Letizia Moratti hanno condiviso l'idea, dopo aver firmato un protocollo d'intesa sulla sicurezza alimentare, insieme all'amministratore delegato di Expo 2015 Giuseppe Sala a Palazzo Marino.

«Mi piacerebbe - ha detto il **ministro Fazio** - come per il disegno di legge in corso di studio che dovrebbe proibire il fumo nei cortili delle scuole. Io credo che la limitazione del fumo sia nell'interesse

di tutti i cittadini».

Il divieto di fumo sarebbe del resto perfettamente in linea con gli obiettivi dell'accordo appena fir-

OGM Spazio alle colture transgeniche. Si affronterà il nodo degli organismi geneticamente modificati

mato, che non riguarda solo la sicurezza alimentare, ma la promozione di corretti stili di vita, la prevenzione di malattie cardiovascolari e di tumori e lo sviluppo di

nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche. Anche il sindaco ha espresso la sua approvazione sull'idea di trasformare lo spazio dedicato a Expo 2015 in una no-smoking area: «Non mi dispiacerebbe affatto». Expo affronterà anche il nodo degli organismi geneticamente modificati e non è neppure escluso che qualche coltura transgenica trovi spazio tra le serre dell'orto planetario. Il protocollo di collaborazione prevede la promozione congiunta di programmi di cooperazione internazionale «con particolare riferimento a nuovi filoni di ricerca sugli ogm».



Expo: cibo e salute come sfida

Un nuovo tavolo di lavoro per Expo 2015: il sindaco Letizia Moratti, l'amministratore delegato di Expo 2015 SpA Giuseppe Sala e il Ministro della salute Ferruccio Fazio hanno firmato ieri, a Palazzo Marino, un protocollo di intesa in vista dell'Esposizione Universale del 2015.

L'accordo, che potrà essere arricchito da tutte le parti interessate, secondo la Moratti «rafforza la capacità di Expo di dare concretezza all'obiettivo della sicurezza alimentare, mettendo a disposizione il patrimonio tecnico, scientifico e culturale del ministero della Salute».

Fra i numerosi obiettivi, illustrati dal ministro Fazio, anche la promozione di un'alimentazione sicura e di una migliore informazione su contenuti e proprietà degli alimenti, la prevenzione di malattie cardiovascolari e di tumori, la diffusione di stili di vita e di alimentazione sani, lo sviluppo di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche.

Ma Expo anche laboratorio di ricerca Ogm, quando solo pochi mesi fa, l'allora ministro dell'agricoltura Luca Zaia si era augurato un Expo "ogm-free". Il protocollo di collaborazione tra ministero della Salute ed Expo prevede infatti esplicitamente la promozione congiunta di programmi di cooperazione internazionale «con particolare riferimento a nuovi filoni di ricerca sugli ogm per fornire prodotti che rispondano ai bisogni dei consumatori e mantengano innate le caratteristiche del territorio» ha informato il ministro Fazio.

«Expo è una vetrina e un laboratorio – ha aggiunto al riguardo Letizia Moratti – dove correttamente verificheremo tutto ciò che attiene allo sviluppo delle ricerche nel mondo: ovviamente intendiamo preservare e valorizzare la tipicità dei nostri prodotti».

E nel corso dell'incontro con il ministro della salute, si è rilanciata anche l'ipotesi di un Expo "no smoking zone": sigarette, sigari e pipe banditi non solo nei padiglioni, ma su tutta l'area dell'Esposizione universale dedicata all'alimentazione e alla salute. «Sarebbe in linea con un altro disegno di legge che vieta il fumo nei cortili delle scuole – ha aggiunto Fazio – credo che la limitazione del fumo sia nell'interesse di tutti i cittadini e lo dimostra il fatto che anche chi un tem-

po era abituato al fumo passivo ora lo sia sempre meno». Il tavolo operativo istituito dal protocollo con il ministero della salute si riunirà per la prima volta il prossimo 14 gennaio.

Daniela Fassini

Nasce il tavolo con il ministero della Salute: migliorare il benessere e l'alimentazione anche con laboratori di ricerca Ogm

VERSO IL 2015

«Sarà un 2011 a tutto sprint» Opere ma anche eventi tematici

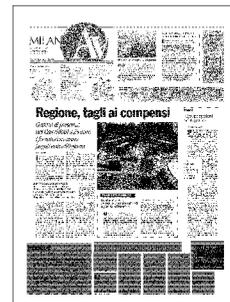
«Il 2011 sarà un anno decisivo per Expo» ha aggiunto Giuseppe Sala, amministratore delegato di Expo 2015 Spa, alla firma del protocollo d'intesa con il ministero della salute, ieri a Palazzo Marino. «Il più importante dal punto di vista operativo: vedrete muoversi molte cose – ha informato l'ad – Operativamente si lavorerà sul sito: inizieranno i lavori sul grande cantiere dell'area per la rimozione delle interferenze. Ma si costruirà anche l'evento, dal punto di vista tematico». Proprio attraverso il tema "Nutrire il pianeta, energia per la vita" si potranno organizzare dibattiti e convegni che, in previsione del 2015 saranno incrementati. Anche grazie al nuovo centro che sarà aperto nei prossimi mesi a Fiera Congressi.

Con 105 milioni di investimento messi a bilancio per il 2011, l'Esposizione universale si appresta quindi ad affrontare il nuovo anno a tutto sprint. «Sentiamo il bisogno di accelerare – ha concluso Sala –. Non bisogna lavorare solo in attesa del 2015 ma far vedere l'Expo già adesso».

(D.Fas.)



Il ministro Fazio con il sindaco Moratti



Manifesto internazionale malati reumatici

ROMA- L'Associazione Nazionale Malati Reumatici (Anmar) firma, insieme a 25 associazioni pazienti di tutto il mondo, il primo Manifesto Internazionale delle persone con artrite reumatoide e denuncia con forza l'assenza di un riferimento specifico alle malattie reumatiche croniche nel

Piano Sanitario Nazionale 2011-13. È quanto si apprende dalla lettera aperta che, firmata dal presidente dell'Anmar Gabriella Voltan, è stata inviata alle istituzioni nazionali, tra cui il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, e tutti i parlamentari italiani. Le 5 richieste dei pazienti nel Mani-

festo riguardano il riconoscimento dell'artrite reumatoide come priorità sanitaria pubblica, l'attuazione di linee guida per una diagnosi tempestiva e accurata, una strategia nazionale per la gestione e l'assistenza, la non discriminazione professionale, l'introduzione tempestiva nel SSN di terapie innovative.



GRAVIDANZA Quanti e quali esami si devono fare

Senza complicanze, minimo quattro visite di controllo. Il ruolo dell'ostetrica

Dopo gli episodi dei mesi scorsi sui presunti casi di malasanità legati al parto, il ministero della Salute ha presentato le linee guida sulla gravidanza fisiologica, che ha elaborato insieme all'Istituto superiore di Sanità e il Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria. Il documento, redatto sotto forma di quesiti e raccomandazioni, ha tra i suoi punti principali un minimo di quattro visite durante la gravidanza. pre-

sa in carico della gestante da parte dell'ostetrica e intervento del medico specialista solo in caso di complicazioni.

Ostetriche: il modello assistenziale delineato prevede la presa in carico della donna da parte dell'ostetrica, in collaborazione con il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali, e il coinvolgimento dei medici specializzati in ostetricia e gli altri specialisti in caso di complicazioni. Durante tutta la gravidanza la donna do-

vrà essere assistita sempre dagli stessi professionisti.

Numero visite: il numero minimo di visite non può essere inferiore a 4 e alla donna dovranno essere date informazioni scritte sul programma degli incontri, tempi e contenuti.

Anomalie fetali: per la diagnosi di anomalie fetali è raccomandata l'indagine ecografica tra la 19a e la 21a settimana, mentre la diagnosi prenatale della sindrome di Down deve essere offerta a tutte le donne entro 13 settimane.

Stili di vita: le linee guida danno precise indicazioni su come la donna deve proteggersi da salmonellosi, listeriosi, toxoplasmosi, sugli effetti del consumo di fumo e alcol, l'assunzione di vitamine e ferro, viaggi, attività fisica, farmaci e rapporti sessuali.

Screening donne: quelli raccomandati per tutte le donne sono quelli del'hiv, della sifilide, della rosolia, l'epatite B, batteriuria asintomatica, clamidia, toxoplasmosi.



Seriate

La prima «palestra» per addestrare i chirurghi



L'esperto
Lorenzo
Novellino,
chirurgo
dell'ospedale
Bolognini
di Seriate

SERiate (Bg) — Una «palestra» (la prima in Lombardia) per chirurghi, dove addestrarsi a utilizzare gli strumenti della chirurgia cosiddetta mini invasiva. L'ha inaugurata ieri l'ospedale Bolognini. Si trova tra il blocco operatorio e l'aula di didattica, dove attraverso uno schermo ad alta definizione si possono seguire gli interventi in diretta e interagire con l'équipe all'opera. Un progetto voluto da uno dei pionieri della chirurgia laparoscopica, il professor Lorenzo Novellino, «per far crescere le nuove leve della chirurgia. A vent'anni dall'introduzione della laparoscopia, infatti, solo il 10-15% degli interventi è eseguito in mini invasiva, e nel 90% dei casi si tratta di colecistectomie. Perché se ne parla tanto, ma la tecnica è rimasta nelle mani di pochi». (p.d'a.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL DEFICIT DI BILANCIO DETERMINATO DAI MANCATI FINANZIAMENTI REGIONALI

Gaslini, la prima volta in "rosso"

Lorenzelli: «La Regione ci dica cosa tagliare». Burlando: «Non posso stampare carta moneta»

BRUNO VIANI

L'OSPEDALE Gaslini chiude nel 2010 il suo primo bilancio in deficit. E le speranze di potenziare le attività di cura, ricerca e formazione ai massimi livelli, si contrappongono clamorosamente alla difficoltà di far quadrare i conti.

Ieri mattina, ore 10: è in programma la presentazione del piano strategico quinquennale dell'Istituto. Ma a sorpresa, dal presidente Vincenzo Lorenzelli e dal direttore generale Paolo Petralia, arriva un annuncio che non è di Buon Natale: «Per la prima volta, chiuderemo il bilancio 2010 in passivo: abbiamo ricevuto dalla Regione 10 milioni meno di quanto avevamo preventivato inizialmente, 5 meno di quella che è stata la successiva richiesta, 3 milioni meno della chiusura 2009».

Ed è solo l'inizio di una giornata di confronto (e scontro) a distanza tra i vertici dell'ospedale pediatrico e della Regione «In queste condizioni - è la prima stoccata di Lorenzelli - ci dica la Regione quali attività dovremo tagliare».

Ecco, la parola "tagli" per i servizi di un ospedale come il Gaslini che conta 17 mila ricoveri e 30 mila accessi in day hospital all'anno (con il 45% di pazienti da altre Regioni e più di 600 da altre nazioni) fa rabbrivire. E se il Gaslini vive anche di lasciti e donazioni milionarie, «queste servono a garantire lo sviluppo e il mantenimento delle eccellenze, ma siamo un ospedale pubblico e la gestione ordinaria deve essere garantita con fondi pubblici».

La giornata prosegue. Il direttore generale Paolo Petralia descrive l'ospedale che si sta preparando: un ospedale diurno con attività poliambulatoriale di day hospital e day surgery; un secondo livello che prevede i settori medico, chirurgico e riabilitativo di alta tecnologia.

Accusa e speranze. «Non è detto che si debba tagliare - riprende Lorenzelli - noi speriamo ancora che la Regione possa intervenire per il ri-

pianamento del passivo di quest'anno e per creare condizioni migliori nel 2011. Non siamo avversari e possiamo essere alleati nei confronti del governo: se solo metà dei ricoverati sono liguri, questo è un problema nazionale. Già nella finanziaria 2006 ci fu un contributo straordinario nazionale per il Gaslini, ma non è stato mai più ripetuto: mentre è sempre erogato per il Bambin Gesù che è un ospedale extraterritoriale». Ultima stoccata: «Ma se i bimbi del Sud vengono al Gaslini, ci sarà un motivo».

La prima replica viene dall'assessore regionale alla Sanità Claudio Montaldo: «Abbiamo chiesto ripetutamente un finanziamento straordinario di 50 milioni per il Gaslini a tutti i livelli, senza risultati. Su questo Lorenzelli ha assolutamente ragione e dovremo continuare a insistere. Anche perché il prossimo anno la situazione sarà evidentemente più difficile e dovremo attrezzarci a una riduzione ulteriore dei costi con ri-

sparmi e riorganizzazioni». Significa nessuna speranza? «Per il 2010 è tutto definito, per il 2011 ragioneremo per tentare di ottenere da Roma qualcosa di specifico per il Gaslini».

Si dice perplesso anche il presidente della Regione Claudio Burlando, a margine del consiglio sul (mattiniano) bilancio 2011. «Sono tanti mesi che dico che mancano soldi alla sanità ligure, io posso distribuire i pochi che abbiamo a disposizione in modo equanime. Tutte le Asl sono in sofferenza. Il Gaslini qualche capacità di ascolto ce l'ha, facciamo aumentare il fondo, se riescono...». E poi: «Non posso mettermi a stampare moneta, dobbiamo far bastare quello che abbiamo. Oppure saremo costretti a fare come il Piemonte, a mettere una valanga di tasse». Senza illusioni. «Perché ci si deve mettere in testa che nel 2011 il sistema-Regione, quindi l'ente e la sanità, avrà 180 milioni di euro in meno da spendere rispetto al 2010».

viani@ilsecoloxix.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL PARLAMENTO E IL TESTAMENTO BIOLOGICO

CORRADO AUGIAS
c.augias@repubblica.it

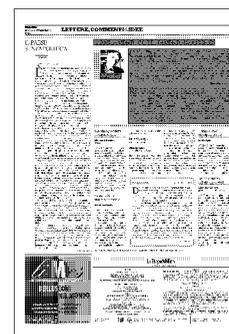
Caro Augias, dopo il voto di fiducia al governo, dovrebbe andare in aula per il voto finale la legge sul testamento biologico. In realtà, è una legge "contro" il testamento biologico perché piena di ostacoli burocratici e perché affida, nelle scelte finali, un potere molto maggiore ai medici rispetto ai malati. Inoltre, è una legge incostituzionale perché non consente di rinunciare alla nutrizione e alla idratazione artificiali, laddove l'articolo 32 della Costituzione è tassativo: «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge». Vorrei ricordare il quarto anniversario della morte di Piergiorgio Welby rivolgendo un appello a tutte le forze politiche perché diano ai cittadini italiani, con una buona legge, quel diritto alle "dichiarazioni anticipate di trattamento" consolidato da tempo in tutta l'Europa. Destinino, inoltre, finanziamenti adeguati per le cure palliative, nelle quali l'Italia è all'ultimo posto in Europa. Un appello ai deputati dell'opposizione, a quelli legati a Fini - da sempre favorevole alla libertà di coscienza su questi temi - ma anche ai deputati "laici" del Pdl, specie quanti provengono dal partito in cui militarono Renato Sansone e Loris Fortuna. Penso che dinanzi alla malattia e alla morte dovremmo tutti cercare quello che unisce, non quello che separa.

Mina Welby Roma

Ringrazio la signora Welby per la sua lettera, per il messaggio che contiene, per le parole che ha usato. Viviamo in un paese molto difficile, in un momento di particolare difficoltà. Discutere in Parlamento di un tema così delicato cercando di mantenere toni equilibrati sarà arduo, forse impossibile. I temi che vengono definiti 'eticamente sensibili' sono diventati esplicito oggetto di scambio. Governo e maggioranza appoggiano le tesi delle gerarchie ecclesiastiche le quali chiedono in cambio concreti appoggi alle loro associazioni, alle loro scuole. Ho scritto volutamente 'gerarchie ecclesiastiche' perché esistono anche settori del pensiero cattolico, del clero più vicino alla vita dei fedeli, della stessa teo-

logia che hanno sull'argomento assai più generosa visione. Ero in piazza quattro anni fa quando il cardinale Ruini fece negare a Piergiorgio Welby il rito religioso in Chiesa. Molti mesi dopo l'eminente porporato spiegò la ragione del suo gesto crudele: disse che s'era trattato di una mossa politica per evitare finanche il sospetto che la Chiesa avesse finito per approvare quella morte così lungamente implorata e alla fine ottenuta. Quando la gestione politica di un tema etico scarta con tale brutalità le ragioni della misericordia, mi chiedo con quale coraggio si continui a parlare di vangelo. Chissà se in Parlamento a qualcuno verrà in mente questa intollerabile ipocrisia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La spesa sanitaria non è solo una questione economico-politica

Se saranno i giuristi a controllare la sanità

DI DINO MAGGIORE

E se la necessità di mettere sotto controllo la spesa sanitaria non fosse un problema solo politico o economico, ma squisitamente giuridico? A questa domanda danno risposta positiva quanti si sono impegnati ad attivare nell'Università RomaTre il master di II livello in Diritto sanitario e farmaceutico (www.mastersanitario.it) diretto da **Guido Corso**, ordinario di diritto amministrativo nella relativa facoltà di giurisprudenza (il cui comitato scientifico è presieduto dal giudice della Corte Costituzionale **Alfonso Quaranta**). Con l'obiettivo di colmare una lacuna nell'offerta formativa post lauream, il master propone contenuti innovativi rispetto ad altri corsi sulla sanità. L'attenzione specifica verso gli aspetti normativi ha il pregio di tenere distinte le problematiche dell'organizzazione sanitaria pubblica e di quella privata, coordinando tale approccio con l'analisi dei rapporti tra i diversi livelli di governo della sanità e gli strumenti di normazione in cui essi si esprimono (leggi regionali, circolari, protocolli, linee guida, ecc.). Particolare risalto, poi, è riservato alla disciplina anche europea dei farmaci e allo studio delle dinamiche della spesa **farmaceutica**, senza trascurare le più generali tematiche relative alle politiche del farmaco. Gli altri temi affrontati spaziano dai più rilevanti aspetti della bioetica, alla ricerca medica, ai profili aziendali ed organizzativi.

In un contesto in cui è frequente rimproverare all'università, non sempre a torto, la tendenza a coltivare una sterile autoreferenzialità che si traduce nel sostanziale scollamento tra la formazione universitaria

e il mondo reale, questo master ribalta tale prospettiva. I settori sanitario e farmaceutico sono tra i più cruciali per misurare le strategie di sostenibilità dell'intero sistema paese. Alla valenza spiccatamente politica si associano ricadute economiche, giuridiche e sociali, con riflessi anche sulle aspettative delle generazioni future. Ad esempio, le responsabilità politiche connesse all'osservanza dei piani regionali di rientro dal disavanzo sono di estrema attualità e generano ripercussioni sulle comunità amministrative.

Le dinamiche della spesa **farmaceutica** formano spesso oggetto di intervento da parte del legislatore (basti pensare all'ultima manovra correttiva). Il rapporto medico-paziente è condizionato dalle prospettive di frequenti contenziosi giudiziari (qui entrano in ballo i temi della cosiddetta «medicina difensiva» e del consenso informato).

Per non parlare delle sempre più frequenti sollecitazioni cui è esposta l'opinione pubblica in relazione a vicende di estrema delicatezza per chiunque, quali il fine vita e il rifiuto delle cure.

Insomma, c'è n'è abbastanza per auspicare che questo *master in Diritto sanitario e farmaceutico* decolli: chi si muove in ambiti lavorativi riguardanti la salute dei cittadini è consapevole dell'enorme bisogno che c'è di professionisti solidamente qualificati, capaci di gestire i meccanismi di regolazione in cui si specifica l'attività sanitaria e **farmaceutica** e di coglierne le implicazioni giuridiche, economiche e finanziarie, per come esse si articolano nei settori pubblico o privato, ospedaliero e territoriale, industriale e dei servizi.

—© Riproduzione riservata—



CONGRESSO MONDIALE

Tumore alla mammella, due nuovi farmaci ad azione personalizzata

di PIERFRANCO CONTE *

L'EDIZIONE appena andata in archivio del San Antonio Breast Cancer Symposium, il principale congresso mondiale sul carcinoma mammario che si tiene ogni anno all'inizio di dicembre nella città texana, ci ha consegnato delle ulteriori certezze nell'approccio terapeutico di questa forma tumorale e nella sua possibile evoluzione futura. Senza entrare nel merito degli studi presentati, il dato di particolare interesse è la conferma che il trattamento in neo adjuvante, la somministrazione di una terapia sistemica prima dell'intervento chirurgico, è una procedura estremamente efficace. Nella stragrande maggioranza delle pazienti consente infatti di ridurre le dimensioni del tumore, aumentando così le possibilità di conservazione dell'organo. Ma, allo stesso tempo, permette all'oncologo di misurare l'efficacia del trattamento sulla singola paziente attraverso quella che viene definita la risposta patologica completa, cioè la totale scomparsa del tumore nel pezzo operatorio. Due trial in particolare - uno di fase III, l'altro di fase II - hanno dimostrato che l'aggiunta alla chemioterapia di specifici farmaci biologici anti HER 2 porta a risultati straordinari, tra l'altro in una forma tumorale particolarmente aggressiva e fino a pochi anni fa a prognosi infausta. In uno studio sono stati combinati con la chemioterapia trastuzumab e lapatinib, il primo un anticorpo monoclonale, il secondo una piccola molecola che agisce sullo stesso recettore ma su un sito diverso. Questo tipo di combinazione è stata in grado di indurre un doppio blocco del recettore con il risultato di eradicare completamente il tumore nel 50 per cento delle pazienti ancora prima dell'intervento chirurgico. L'altro studio, di fase II, ha visto la combinazione di due anticorpi monoclonali, trastuzumab e pertuzumab, con altrettanto ottimi risultati. Le prospettive sono dunque estremamente confortanti. E' chiaro che a questo punto dovremo trovare altre risposte, che ci consentano di personalizzare ancora di più il trattamento. E per questo sono già in corso studi per verificare se è davvero necessario che tutte le donne vengano sottoposte alla terapia di combinazione insieme alla chemio, oppure, in base alle caratteristiche molecolari del tumore quale dei due biologici è più efficace nei diversi sottogruppi. L'aspetto più affascinante, anche se al momento non si può ancora tradurre in raccomandazione terapeutica, ma che inizia ad affacciarsi, è la possibilità in alcune pazienti di fare addirittura a meno della chemioterapia e di guarirle con i soli farmaci anti HER2.

* *Direttore della Divisione di Oncologia Medica,
Dipartimento di Oncologia, Ematologia e
Malattie dell' Apparato Respiratorio
Università Modena e Reggio Emilia*



SANGUE**Il killer delle neoplasie**

SI CHIAMA GAI01. E' un composto sperimentale per il trattamento del linfoma Non-Hodgkin, una delle più diffuse forme tumorali delle cellule del sangue, quando si ripresenta o non risponde alle normali terapie. Questo anticorpo monoclonale è stato concepito per potenziare la distruzione delle cellule B neoplastiche inducendo altre cellule immunitarie ad attaccarle o inducendo direttamente la morte cellulare e ha offerto risposte promettenti in pazienti molto difficili da trattare con linfoma indolente o aggressivo che non hanno risposto a diversi trattamenti precedenti, secondo quanto emerso al congresso dell'American Society of Hematology tenutosi a Orlando in Florida.

Depressione, nemica in agguato
Lo stress dei periodi di crisi può portare a problemi cardiaci

CONSIGLI MEDICALI
Tornare alla maternità, due nuovi farmaci ad azione personalizzata

Migliorare la qualità della vita...

Prevenire il cancro grazie all'Aspirina?

Una piccola dose giornaliera di aspirina (da 75 a 300 milligrammi) ridurrebbe in modo significativo il rischio di ammalarsi di cancro. E' la conclusione del lavoro di ricerca di un gruppo della Oxford University pubblicato sull'autorevole rivista scientifica «The Lancet».

Abbiamo chiesto ad Andrea Ardizzone, direttore dell'Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, quale sia l'attendibilità e la portata della notizia che vede il farmaco più comune del mondo schierato nella battaglia contro le neoplasie.

Quali sono i risultati a cui sono arrivati i ricercatori britannici?

Si tratta di due articoli, pubblicati rispettivamente a novembre e dicembre 2010, che suggeriscono un possibile ruolo dell'aspirina nel prevenire il cancro. Il primo articolo riporta i risultati di una meta-analisi di 4 studi randomizzati (studi di confronto in cui un gruppo di pazienti riceveva il trattamento ed un gruppo di controllo era senza trattamento, ndr), che hanno arruolato un totale di 14000 pazienti. Lo scopo era valutare l'utilità dell'aspirina a basse dosi (75-300 mg al giorno) nella prevenzione delle malattie cardiovascolari, per ricercare un eventuale effetto preventivo sui tumori dell'intestino. Questa analisi indicherebbe che l'uso giornaliero di aspirina a basse dosi per un periodo di almeno 5 anni sarebbe in grado di ridurre il rischio di sviluppare tumori a livello del tratto prossimale dell'intestino e di morire a causa di questo tumore. Il beneficio assoluto osservato in termini di riduzione della mortalità è comunque piccolo (1.7%). Letto in un altro modo, significa che dovremmo trattare circa 60 soggetti per prevenire una morte per cancro del

colon (gli altri 59 avrebbero assunto il farmaco inutilmente).

Quali i contenuti del secondo studio pubblicato a dicembre?

L'altro studio, condotto dagli stessi autori, ha messo insieme 8 studi randomizzati, per un totale di 25000 trattati o meno con aspirina per almeno 5 anni, dimostrando una riduzione complessiva di circa il 30% dell'insorgenza di tumori solidi in generale (in particolare quelli gastro-intestinali) e una riduzione della mortalità per cancro di circa il 20%, corrispondente

a un miglioramento assoluto però solo di circa lo 0.7%. Anche in questo caso è come dire che bisognerebbe trattare un gran numero di soggetti (circa 140) per prevenire una sola morte per cancro; gli altri 139 soggetti prenderebbero il farmaco inutilmente subendone solamente gli effetti collaterali.

Come è possibile che la semplice aspirina sia in grado di agire contro i tumori?

Le evidenze suggeriscono che l'aspirina potrebbe svolgere un'azione preventiva sui tumori attraverso il suo effetto anti-infiammatorio. Sappiamo che l'infiammazione cronica è uno dei possibili fattori causali di alcuni tumori. Purtroppo, l'effetto appare piuttosto piccolo a fronte di un trattamento molto prolungato (almeno 4-5 anni) e non privo di effetti collaterali (gastrite, emorragie ecc). Inoltre, que-



sti risultati non possono essere considerati conclusivi. Va sottolineato che questi studi non erano stati condotti con la finalità di dimostrare l'effetto dell'aspirina nel prevenire i tumori ma nel prevenire malattie cardiovascolari. Si tratta pertanto di un'analisi non preventivamente programmata e di un'osservazione accessoria. In questi casi è sempre necessario almeno un ulteriore studio prospettico disegnato specificamente per dimostrare l'effetto chemiopreventivo dell'aspirina definendone la dose necessaria, la durata ottimale del trattamento ed il profilo di tollerabilità.

L'ambito rimane comunque quello della prevenzione.

Sì. E' bene precisare che non stiamo parlando di curare una malattia tumorale già in atto ma di prevenirne l'insorgenza. E' quella che viene definita «chemioprevenzione», ovvero

una prevenzione secondaria (quella primaria consiste nella riduzione dei fattori di rischio come ad esempio, fumo di sigaretta e dieta) attuata mediante farmaci (invece che con test diagnostici quali mammografia, pap-test e ricerca del sangue occulto nelle feci). Al momento, l'unico altro farmaco per il quale è stato dimostrato un effetto «chemiopreventivo» è il tamoxifene, nei confronti dei tumori della mammella nelle donne ad alto rischio. Ci sono anche dati recenti su un possibile effetto chemiopreventivo delle statine, farmaci utilizzati per combattere l'ipercolesterolemia. Il problema della chemioprevenzione, in generale, è il rapporto rischio-beneficio. Ci vorrebbe un farmaco molto efficace e privo di effetti collaterali. Purtroppo questi farmaci hanno un'efficacia dubbia o modesta, non sono privi di effetti collaterali e andrebbero assunti per molti anni.

Serve cautela, dunque, prima di suggerire l'assunzione di aspirina per ridurre il rischio di ammalarsi di cancro.

Non credo che i dati a nostra disposizione, al momento, giustifichino l'assunzione di aspirina con la finalità di prevenire un tumore. Non sapremo a che dose dovrebbe essere assunta e per quanto tempo e non possiamo escludere che le conseguenze ne-

gative possano essere anche superiori ai benefici attesi.

Aspirina a parte quali sono le nuove frontiere della ricerca oncologica?

La ricerca oncologica prosegue a passi spediti, soprattutto nell'ambito delle conoscenze molecolari che potrebbero aprire la strada a nuove terapie mirate. Vi sono alcune neoplasie, o alcuni specifici sottotipi di neoplasie, nelle quali è stato possibile identificare l'«interruttore molecolare» che è il principale responsabile dell'«accensione» del tumore e per le quali è stato possibile realizzare terapie specifiche mirate a «spegnere» quel particolare «interruttore» malfunzionante. Sono una decina le neoplasie per le quali sono già disponibili una ventina di farmaci di questo tipo, molti dei quali somministrabili per bocca in regime ambulatoriale, anche se la chemioterapia rimane il cardine del trattamento antineoplastico per la maggior parte dei tumori sia in fase avanzata sia in fase precoce. I passi avanti ci sono, ma sono piccoli e gradualmente. ●



Il direttore dell'Oncologia Medica invita alla cautela circa due studi pubblicati su Lancet