



RASSEGNA STAMPA 03-09-2018

1. PHARMA STAR Limitare l'uso di placebo nei trial su farmaci oncologici, nuova raccomandazione Fda
2. QUOTIDIANO SANITÀ Carenza medici. Problema complesso che merita soluzioni integrate
3. LA REPUBBLICA Vaccini: anche l'esperto del ministero bocchia i Grillini
4. IL FATTO Vaccini, il rientro a scuola tra certificazioni e obblighi
5. LA STAMPA I piccoli ospedali spariti
6. CORRIERE DELLA SERA Il medico a distanza

<http://www.pharmastar.it>

Limitare l'uso di placebo nei trial su farmaci oncologici, nuova raccomandazione Fda

Gli studi randomizzati e controllati con placebo sono un caposaldo della ricerca clinica di qualità. Tuttavia, la Food and Drug Administration (Fda) ha da poco diffuso la bozza di un documento destinato alle aziende, nel quale si raccomanda di limitare l'uso del placebo nelle sperimentazioni cliniche sui farmaci oncologici e oncoematologici.



Nel testo, l'agenzia Usa osserva che l'uso del placebo in studi randomizzati in doppio cieco condotti nell'ambito di un programma di sviluppo di farmaci presenta a volte "questioni preoccupanti di carattere sia pratico che etico".

Tuttavia, il disegno che prevede l'impiego del placebo può essere utile o preferito nelle sperimentazioni che riguardano una terapia di mantenimento, negli studi su farmaci aggiuntivi a terapie già consolidate e in quelli su terapie adiuvanti in setting nei quali lo standard di cura è la sorveglianza.

Pro e contro del placebo

Nella sezione di background del nuovo documento, l'agenzia spiega che i placebo sono utilizzati molto spesso negli studi clinici randomizzati e controllati, in doppio cieco, perché possono limitare la probabilità di osservazioni distorte, dal momento che sia gli sperimentatori sia i pazienti non sanno quale trattamento stiano facendo i pazienti. Questo, a sua volta, può anche ridurre il numero di pazienti che abbandonano la prova e consentire una valutazione imparziale delle misure di outcome, specie quelle più soggettive, come

la qualità della vita.

Tuttavia, le tossicità associate a un trattamento attivo possono compromettere il cieco, perché sulla base di esse sia i partecipanti sia i ricercatori potrebbero capire quali pazienti stanno assumendo il placebo e quali no.

Inoltre, se è disponibile una terapia efficace standard, ma in uno studio clinico i pazienti idonei ricevono invece un placebo, si pone una questione etica rilevante.

Sorgono ancora più problemi se lo studio rimane in cieco qualora i pazienti manifestino una progressione della malattia o tossicità gravi, osserva l'agenzia. Per esempio, un paziente che partecipa a uno studio sull'immunoterapia, assegnato dalla randomizzazione al gruppo di controllo, potrebbe essere trattato inutilmente per eventi attribuiti al farmaco sperimentale, per esempio con agenti tra cui prodotti immunosoppressivi come i glucocorticoidi ad alto dosaggio, ciclofosfamide, antagonisti dell'interleuchina-6 o infliximab per gestire questi sintomi, che in realtà non sono correlati al farmaco.

Mantenere il cieco può avere anche un impatto negativo su un paziente in cui la malattia sta progredendo. Per esempio, in questo modo, il fatto di stare partecipando a uno studio in cui si mantiene il cieco potrebbe impedire a un paziente del gruppo placebo di essere trattato con una terapia approvata o ritardare la somministrazione di tale terapia, oppure potrebbe impedirgli l'accesso a un'altra sperimentazione clinica.

Le nuove raccomandazioni Fda sull'uso del placebo

Nel nuovo documento, l'Fda raccomanda, quindi, di adottare un disegno dello studio che preveda il controllo con un placebo solo in determinate circostanze, per esempio quando lo standard di cura è la sorveglianza, quando il farmaco in sperimentazione viene aggiunto a un'altra terapia o quando l'endpoint destinato a supportare un'affermazione nella scheda tecnica ha un alto grado di soggettività.

Inoltre, l'agenzia offre alcune indicazioni per capire quando si può prendere in considerazione uno studio controllato con placebo:

- gli sponsor del trial dovrebbero fornire il rationale per il disegno dello studio; ciò è particolarmente importante se la somministrazione del placebo implica una procedura chirurgica 'fittizia' o richiede comunque metodi invasivi;
- l'Fda non richiede il mantenimento del cieco a livello di ogni singolo paziente al momento della recidiva o della progressione della malattia, quindi, a meno che non siano disponibili opzioni terapeutiche adeguate per quel paziente, l'agenzia raccomanda in quel caso di togliere il cieco quando la malattia si ripresenta o progredisce;
- quando il paziente manifesta un evento avverso che sembra essere correlato al farmaco, l'Fda raccomanda di togliere il doppio cieco (sia del paziente sia dello sperimentatore) se il trattamento di tale effetto collaterale richiede uno o più farmaci o una procedura invasiva, ma sottolinea nel contempo che

dopo la rimozione del cieco quel paziente non dovrebbe essere tolto dal trial;

- si dovrebbe fornire una descrizione dettagliata del protocollo e del piano di analisi statistica della proposta di studio sia per il cieco (compreso se gli effetti fisiologici o avversi associati al prodotto sperimentale possano impedire l'impostazione di un cieco efficace) sia per un eventuale sblocco del cieco (tra cui le informazioni relative a situazioni nelle quali dovesse essere necessaria la rimozione del cieco);
- qualora si mantenga il cieco anche nel caso in cui la malattia si ripresenta o progredisce o si verifica un evento avverso sospetto, il documento di consenso informato che si sottopone al paziente per la sua partecipazione al trial dovrebbe specificare i rischi e i potenziali svantaggi di questo approccio e il protocollo dovrebbe comprendere anche la giustificazione del potenziale rischio aggiuntivo.

La bozza del documento potrà essere commentata dagli utenti per 60 giorni.

Alessandra Terzaghi

[leggi](#)

02 SETTEMBRE 2018

Carenza medici. Problema complesso che merita soluzioni integrate. A partire dal contratto

Senza una azione sinergica, che operi su vari fronti, anche l'eventuale immissione di nuove risorse mediche che, comunque, dati i tempi tecnici necessari per la formazione, non potrà avvenire in tempi congrui, rischia infatti di essere inadeguata a fronteggiare le nuove sfide del sistema

Finalmentesi è aperto un dibattito incalzante sulla problematica della carenza dei medici di medicina generale e di alcune discipline che rendono estremamente difficile la gestione di alcuni servizi essenziali, nonché ogni ipotesi di integrazione territoriale.

Pensare, ad esempio, di gestire il Piano nazionale della cronicità con una prospettiva di grave carenza dei Medici di medicina generale, significa elaborare teorie che non potranno trovare applicazione adeguata. Il ministro Grillo si sta impegnando in prima linea, coinvolgendo gli stakeholders del sistema, per la soluzione di un problema tanto grave quanto difficile da superare, perché, comunque, ci sono tempi tecnici per la formazione di medici specialisti/di medicina generale, che non consentono di affrontare rapidamente la situazione di emergenza che si è andata acuendo.

Riteniamo ottime le proposte della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, come pure molto apprezzabile l'impegno di tutte le categorie sindacali mediche ascoltate in audizione dal Ministero della Salute, che si sta facendo carico di indagare le modalità di superamento del problema, per capire come intervenire rapidamente.

In realtà, appare importante capire le cause profonde del problema, che ha molte facce e merita soluzioni integrate.

Ovviamente, al primo posto, la causa primaria sembrerebbe una grave carenza nel processo di programmazione, fortemente condizionato dalla carenza di risorse economiche. E questo è senz'altro vero; il Miur, e il mondo universitario in genere, si muove talora in maniera asincrona rispetto alle reali esigenze del SSN, con logiche che talvolta bypassano la inscindibilità, che dovrebbe essere garantita, sulla base della normativa vigente, tra didattica, ricerca e assistenza. Il risultato è a volte a danno della didattica e della ricerca, alte volte a danno degli aspetti assistenziali. La attuale normativa che regola il mondo universitario (l.240/2010) con il tempo ha mostrato serie lacune, soprattutto nelle regole del reclutamento universitario e, a tutt'oggi, il rapporto tra Ssn e Università è governato dal d.lgs. 517/1999, che necessita di una vigorosa riforma.

Per esempio, tale decreto, di 11 anni anteriore alla c.d. riforma Gelmini e, quindi, non in linea con la stessa, non impone ai Dipartimenti Universitari, attuali titolari della proposta di programmazione universitaria, di allinearsi alle esigenze del Ssn, con il rischio che i reclutamenti e le progressioni dei docenti universitari non avvengano tenendo conto anche delle esigenze assistenziali. Le conseguenze sono che il sistema sanitario non può rivendicare la necessità della maggiore presenza, presso le strutture sanitarie di riferimento, di alcune discipline o, nell'ambito delle stesse, di alcuni ruoli; d'altro canto il docente, al di fuori di una programmazione congiunta tra Università e SSN, potrebbe non avere uno spazio congruo per la didattica e la ricerca all'interno del sistema sanitario, aspetti essenziali per una adeguata formazione dei nuovi medici e per il miglioramento del sistema in generale, visto il ruolo strategico che, nello sviluppo di un Paese, riveste, o dovrebbe rivestire, sia la ricerca che la formazione. Ma se dobbiamo necessariamente programmare per risolvere l'attuale situazione di crisi, quanti medici servono? E qui entra in azione un ulteriore aspetto del problema.

Altra vera causa di crisi è la necessità di riforma del sistema sanitario attuale. La risorsa medica è una variabile strettamente dipendente dall'organizzazione. Un sistema ospedalocentrico ha più bisogno di certe discipline, un sistema che punta di più sulla dislocazione dei servizi sul territorio ha maggiormente bisogno di

medici di medicina generale e, contestualmente, di nuovi ruoli delle altre professioni sanitarie. Disegnare una programmazione integrata tra Università, SSN, Regioni per la formazione dei medici, senza pensare di ridisegnare l'intero sistema, appare fortemente limitativo. Ormai è tempo di una nuova riforma del sistema sanitario, che tenga conto dei nuovi aspetti epidemiologici, sociali ed economici di contesto. Sarebbe utile avviare una programmazione delle risorse umane, sia in termini quantitativi che qualitativi, congrua con una nuova riforma del sistema.

Altro punto cruciale è il tipo di formazione dei nuovi medici, in termini di durata della stessa e di contenuti professionalizzanti. Il Decreto interministeriale (Miur, d'intesa con il Ministero della salute), recante gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle scuole di specializzazione di area sanitaria, del 13 giugno 2017, ha posto le basi per un migliore svolgimento dei crediti professionalizzanti, ma, nella pratica, rimangono aree di criticità che vanno rimosse. Le scuole devono essere in grado di fornire una formazione realmente professionalizzante. In via generale, poi, gli ordinamenti didattici delle singole scuole vanno adeguati con una formazione mirata al superamento di alcune sistemiche criticità e lacune: la gestione del rischio, l'appropriatezza delle prestazioni cliniche, l'approccio di processo e di presa in carico globale delle cure, gli aspetti di relazione con il paziente, tematiche che spesso mancano nella formazione specifica delle singole scuole.

La difficoltà di reperimento dei medici è maggiore in quelle discipline maggiormente esposte a rischi medico legali (medici d'urgenza, ginecologi, ortopedici, neurochirurghi, chirurghi vascolari, radiologi interventisti). Occorre recuperare la frattura culturale tra medico e paziente, insistere sul miglioramento dei processi di comunicazione, attuare la legge 24/2017 sulla responsabilità professionale sanitaria, attraverso l'emanazione dei decreti attuativi mancanti e il miglioramento del sistema delle linee guida, aprire un serio dibattito culturale sugli aspetti che la deontologia medica comporta, in termini di relazioni e di libertà responsabile di cura.

E' fondamentale puntare su nuove modalità di formazione per i medici di medicina generale, vero fulcro di qualunque riforma del sistema, che enfatizzi un nuovo ruolo che punti di più sulla prevenzione e sulla continuità assistenziale. E' necessario, altresì, avviare una formazione costante, in continuità con i medici specialisti e con quelli operanti presso le strutture per acuti, per assicurare una reale e consapevole presa in carico del paziente.

Si assiste ad un fenomeno importante di abbandono dei ruoli pubblici, spesso a vantaggio delle strutture private, infinitamente più libere di assicurare retribuzioni più adeguate alla professionalità acquisita dai singoli professionisti. Ciò provoca un gravissimo danno ad un sistema che investe ingenti risorse per formare negli anni professionisti, che poi scelgono la via della struttura privata, spesso accreditata. Il fenomeno merita una riflessione ed eventualmente vincoli nei confronti delle strutture accreditate nell'acquisizione dal pubblico dei professionisti.

D'altronde, il sistema pubblico paga poco e, in aggiunta, non è in grado di garantire progressioni di carriera che quanto meno compensino il basso livello retributivo. Tutto il sistema organizzativo è ancora schiacciato sulle responsabilità di struttura, che non possono che essere limitate e creano perimetri organizzativi che male si conciliano con la gestione per processi.

La prossima contrattazione collettiva deve introdurre meccanismi di novità rispetto ad un assetto, di fatto fermo al CCNL del 2000, individuare incarichi professionali che si muovano lungo i percorsi di processi assistenziali, rivedere la distinzione tra struttura complessa e struttura semplice dipartimentale che oggi ha poco motivo di esistere.

Senza una azione sinergica, che operi su vari fronti, anche l'eventuale immissione di nuove risorse mediche che, comunque, dati i tempi tecnici necessari per la formazione, non potrà avvenire in tempi congrui, rischia di essere inadeguata a fronteggiare le nuove sfide del sistema.

Tiziana Frittelli

Presidente Federsanità

Il caso *Parla Vittorio Demicheli*

“Vaccini necessari” Anche l'esperto del ministero boccia i grillini

L'epidemiologo che guida la commissione nazionale dice no all'autocertificazione

**Il tecnico**

Vittorio Demicheli è un epidemiologo che fino al gennaio scorso ricopriva il ruolo di vice capo del dipartimento

alla salute del Piemonte.

La ministra Giulia Grillo lo ha scelto come esperto di vaccini per disegnare con lui le politiche in questo settore

MICHELE BOCCI

No all'emendamento Taverna al decreto Milleproroghe che permetterebbe anche ai non vaccinati di entrare al nido e alla materna. Sì all'obbligo per il vaccino anti morbillo, parotite e rosolia. Anche all'università. Il tecnico scelto dalla ministra alla Salute Giulia Grillo per occuparsi del tema più spinoso di questi suoi primi mesi di gestione della sanità è contrario a quanto proposto dai parlamentari M5S e per certi versi va oltre il tanto vituperato (dalla maggioranza) decreto **Lorenzin**. Di certo è distantissimo dalle posizioni no-vax. Vittorio Demicheli presiede la Commissione nazionale vaccini e quindi disegna le politiche in questo settore con la ministra. Martedì sarà ascoltato dalle commissioni Affari costituzionali e Bilancio della Camera proprio sull'emendamento al Milleproroghe proposto dagli esponenti del partito di Giulia

Grillo.

Cosa dirà ai parlamentari?

«Intanto che se anche passasse l'emendamento, le conseguenze sulla salute pubblica non sarebbero disastrose. L'allontanamento da scuola non è fondamentale. I bambini immunodepressi dopo un trapianto, ad esempio, rischiano di prendere tante malattie non coperte da vaccino. L'importante comunque è fare bene le classi. Parlo però dal punto di vista scientifico, da quello pratico la situazione è diversa».

In che senso?

«Fui convocato anche durante la preparazione del decreto **Lorenzin**. Martedì spiegherò agli onorevoli che come non condividevo la superficialità con cui un anno fa la legge sui vaccini obbligatori è stata fatta per “necessità ed urgenza”, allo stesso tempo ritengo che non sia il caso di fare di nuovo lo stesso errore, cioè cambiare tutto con un altro decreto. I servizi vaccinali sono stressati dal legge sull'obbligo, adesso un contordine bloccherebbe la macchina. Finché non viene fatta una nuova legge organica, per favore lascino in piedi quello che abbiamo».

I dati dicono che con il decreto Lorenzin sono aumentate le coperture.

«Ci sono stati risultati significativi, ma non c'era bisogno di legiferare con urgenza. Avremmo raggiunto gli stessi obiettivi con una politica diversa. E comunque la “bomba atomica” dell'obbligo non ha fatto

migliorare abbastanza le Regioni in difficoltà con le coperture. L'importante adesso è togliere alla strumentalizzazione politica questo tema, che è tecnico. I politici si occupino di altro».

Lei è contrario all'obbligo vaccinale?

«In certe situazioni può servire, anche se bisogna sempre lavorare sul convincimento delle persone più che sulle imposizioni. Si sta studiando una legge che prevede l'obbligo solo per certe aree geografiche e determinate malattie, se le coperture sono basse.

L'importante è che questo non diventi una categoria morale, come è stato inteso nel decreto **Lorenzin**, ma semplicemente uno strumento».

Per il quadrivalente (anti morbillo, parotite, rosolia e varicella) le coperture sono ancora basse. Proprio per quello è nato il decreto Lorenzin. Lei Cosa farebbe?

«Terrei l'obbligo. In questo momento va mantenuto per il quadrivalente, anche se sulla varicella ho ancora qualche dubbio sul da farsi.

Comunque, almeno per morbillo, parotite e rosolia credo che ci dovremmo avvalere anche del divieto di entrare a scuola. E magari alzare anche l'età dei giovani coinvolti nella campagna vaccinale. Anche con un intervento di urgenza, indipendente dai tempi nei quali sarà approvata la nuova legge. Sul morbillo ci vuole una

“manovra”, per estendere la copertura ai giovani adulti. Ad esempio si potrebbe pensare di richiedere come necessaria questa vaccinazione a chi si iscrive all’Università».

Non era contrario alle decisioni prese d’urgenza?

«Ma questa non sarebbe una legge, penso a un atto di intesa con le Regioni e magari ad un’ordinanza, ad esempio per vaccinare operatori sanitari e scolastici e coinvolgere appunto i giovani adulti».

E l’esavalente (anti polio, tetano, pertosse, epatite B, emofilo B e difterite)?

«Per la polio non è necessario che l’obbligo sia generalizzato a tutto il Paese. Il pericolo è presente solo in certe aree, dove le coperture sono basse. Penso alla provincia di Bolzano».

All’audizione alla Camera è stato invitato, oltre ai rappresentanti di società scientifiche e istituzioni, anche un pediatra considerato vicino alle posizioni no-vax, Eugenio Serravalle. Come mai?

«Non lo so, anche a me è sembrato strano. Sarà stato qualche membro della commissione a fare questa scelta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“
Ho qualche dubbio sulla varicella, ma terrei l’obbligo per il quadrivalente Il morbillo? Copertura pure all’Università...”
”

I numeri

Il decreto Lorenzin

I vaccini obbligatori

	Dal 3° mese	Dal 13° mese
Difterite	Obbligatorio	Obbligatorio
Tetano	Obbligatorio	Obbligatorio
Epatite B	Obbligatorio	Obbligatorio
Poliomenite	Obbligatorio	Obbligatorio
Pertosse	Obbligatorio	Obbligatorio
Haemophilus Influenzae B	Obbligatorio	Obbligatorio
Morbillo	Obbligatorio	Obbligatorio
Parotite	Obbligatorio	Obbligatorio
Rosolia	Obbligatorio	Obbligatorio
Varicella	Obbligatorio	Obbligatorio

L’ammissione a scuola

0-6 anni

Le vaccinazioni obbligatorie sono un requisito per l’ammissione all’asilo nido e alle scuole per l’infanzia

6-16 anni

Obbligo di vaccinazione con sanzioni pecuniarie in caso di inadempimento

Sanzioni

100/500 euro

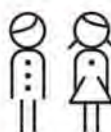
Obbligo di vaccinazione con sanzioni pecuniarie in caso di inadempimento

Gli obblighi

Obbligo per operatori scolastici, operatori socio sanitari e operatori sanitari di presentare una autocertificazione attestante la copertura vaccinale. L’obbligo di vaccinazione è esteso anche ai minori stranieri non accompagnati

Le coperture vaccinali

- Polio e esavalente
- Morbillo e quadrivalente



Nati nel 2013



Dati 2016



Nati nel 2014



Dati 2016



Bambini nati nel 2015



Vaccini, il rientro a scuola tra certificazioni e obblighi

L'ADEMPIMENTO

L'obbligo di vaccinazione per l'iscrizione a scuola diventerà flessibile: scatterà solo quando si verificheranno emergenze sanitarie o ci sarà un significativo scostamento dagli obiettivi di copertura fissati grazie al costante monitoraggio e aggiornamento dell'Anagrafe vaccinale nazionale che verrà istituita. In tutti gli altri casi, basterà rispettare le raccomandazioni degli organismi sanitari internazionali. È questa la strada intrapresa con il disegno di legge M5S-Lega, presentato lo scorso 7 agosto in Senato, che punta a introdurre l'obbligo flessibile e superare così la legge Lorenzin del 2017. Ma in attesa che la legge segua il suo iter per l'apertura dell'anno scolastico 2018/2019 si devono seguire le indicazioni presenti nella circolare pubblicata lo scorso 4 luglio dai ministri della Salute e dell'Istruzione, Grillo e Bussetti: è sufficiente presentare l'autocertificazione per le vaccinazioni obbligatorie, anziché la documentazione sanitaria rilasciata dall'Asl. Anche i bambini di nidi e materne sprovvisti della documentazione vaccinale possono essere ammessi con l'autocertificazione. In pratica, è stata prorogata di un anno una modalità che la legge limitava in via transitoria al 2017-18, dal momento che la legge Lorenzin prevedeva che da quest'anno fosse necessario per i genitori presentare il certificato della Asl entro lo scorso 10 luglio.

Nel dettaglio, per i bimbi da 0 a 6 anni e per la prima iscrizione alle

scuole (minori 6-16 anni) può essere presentata una dichiarazione sostitutiva di avvenuta vaccinazione anziché la documentazione rilasciata dall'Asl prevista dal decreto Lorenzin. Mentre per la fascia d'età 6-16 anni - quando non si tratta di prima iscrizione - se lo studente non deve effettuare nuove vaccinazioni o richiami resta valida la documentazione già presentata lo scorso anno, se lo studente non deve effettuare nuove vaccinazioni o richiami.

I VACCINI obbligatori sono quindi 10 in base alle scadenze previste dal calendario vaccinale e all'età del bambino. Antipoliomielitica, antidifterica, antitetanica, antiepatite B, antipertosse, antiHaemophilus influenzae di tipo b, vengono somministrate con una sola, unica puntura e sono permanenti. Le altre 4 (antimorbillo, antirosolia, antiparotite, antivaricella) resteranno obbligatorie secondo la legge sino a diversa successiva valutazione, dopo una verifica triennale.

Confermate, invece, le sanzioni per i genitori inadempienti che rischiano sanzioni tra 100 e 500 euro. Come ha ribadito il ministro Bussetti, infatti, i presidi non hanno alcuna responsabilità sulla veridicità delle autocertificazioni. La circolare dei due ministri non ha però incontrato il favore di Comuni e Regioni che stanno emanando provvedimenti per far sì che le scuole si attivino per verificare le autocertificazioni. *In primis* l'Emilia Romagna che ha già attivato dallo scorso anno l'anagrafe vaccinale; di fatto le famiglie che autocertificassero il falso verrebbero subito scoperte. Il

Piemonte, invece, accetterà solo le dichiarazioni di appuntamento, ossia quelle per i vaccini ancora da fare, mentre le Marche stanno preparando leggi apposite per superare l'emendamento che allunga i termini per la presentazione obbligatoria dei certificati di vaccinazione e introduce l'obbligo. E poi ci sono le disposizioni adottate da singoli comuni che si rifiutano di accettare qualsiasi autocertificazione.

P.D.R.

Come funziona

▪ **LA CIRCOLARE** del 4 luglio dei ministri Grillo e Bussetti stabilisce che per la frequenza al nuovo anno scolastico è sufficiente un'autocertificazione in sostituzione del certificato dell'Asl. A rispondere della veridicità sono i genitori. Quelli inadempienti rischiano una sanzione da 100 a 500 euro



L'INCHIESTA

I piccoli ospedali spariti

Da Nord a Sud, sono centinaia i piccoli ospedali chiusi per l'austerità sanitaria. Al ministero della Salute sono arrivati molti ricorsi contro i tagli delle strutture con meno di 120 posti letto, ma le Regioni insistono: «I centri piccoli non riescono a garantire la qualità necessaria».

DEL GIUDICE, FRANCESCHETTI, GALEAZZI, NERI E ROMANI — PP. 10-11



Al ministero della Salute pioggia di ricorsi contro i tagli delle strutture con meno di 120 posti letto. Ma le Regioni insistono: "I centri troppo piccoli non riescono a garantire la qualità necessaria"

Con 190 ospedali chiusi per partorire servono 90 minuti di macchina

GIACOMO GALEAZZI
ROMA

Sono la Sardegna e la Sicilia a contendersi il primato delle chiusure. Napoli, Milano e Torino sono le province dove l'austerità sanitaria ha tagliato più ospedali con meno di 120 posti e punti nascita con meno di 500 parti l'anno. Una situazione che aumenta la pressione sulle strutture maggiori e che può mettere a rischio la salute di chi si trova lontano dai centri di cura. Un mese fa un uomo di 47 anni si è sentito male in Molise, a Larino, uno dei Comuni rimasti senza un punto sanitario, ed è stato trasferito a Termoli ma la tac non funzionava. Da qui la corsa in Puglia, dove è arrivato troppo tardi, già in morte cerebrale. Da Nord a Sud si multipli-

cano disagi e proteste. Due terzi degli italiani sono contrari ai tagli. Il 66% si oppone alla chiusura dei piccoli ospedali, mentre il 34% è favorevole perché li considera poco attrezzati o poco frequentati.

Pioggia di ricorsi

Il ministero della Salute dichiara alla *Stampa* di non disporre di «dati consolidati sul numero degli ospedali attivi e chiusi: il monitoraggio delle programmazioni regionali non fa emergere un quadro sicuro sulle chiusure dei piccoli ospedali, in presenza di diversi procedimenti giuridico-amministrativi». Antonio Saitta, assessore alla Sanità del Piemonte e coordinatore della commissione Salute della Conferenza delle Regioni, difende

«un approccio nuovo, al quale dobbiamo abituare la popolazione, ma anche i medici di famiglia, fondamentale anello di congiunzione». E assicura: «Le Regioni attuano il Patto della salute firmato col ministero per la sicurezza dei pazienti e i dati scientifici dimostrano che numeri e tassi di interventi troppo ridotti in alcune discipline mediche sono pericolosi». Perciò «la politica di ridurre i piccoli ospedali dove un tempo si faceva tutto non nasce da calcoli economici, ma dalla necessità di garantire più salute». E così in Piemonte gli ospedali piccoli sono stati trasformati in presidi territoriali e sono state aperte nuove Case della Salute per fornire assistenza territoriale senza penalizzare troppo chi vive in zone periferiche o montane. Una politica sa-

nitaria basata sull'alta percentuale di anziani e cronici.

Per le urgenze nelle zone marginali ci si affida agli interventi del 118 con i voli notturni dell'elisoccorso, mentre alla chiusura dei piccoli ospedali corrispondono più investimenti per strutture specializzate, come i Parchi della salute, della ricerca e dell'innovazione a Torino e Novara. È la riforma del sistema di strutture ospedaliere.

«Non è un fenomeno solo italiano - spiega Francesco Moscone, economista della sanità, docente alla Brunel University di Londra - . In 15 anni in Europa c'è stata una diminuzione degli ospedali del 9,4%. Si contano in media nell'Ue 2,9 nosocomi ogni 100 mila abitanti, con un valore che oscilla tra l'1,4 della Slovenia e il 4,9 della Francia». In Europa sono notevolmente calati anche i centri per malati acuti (ossia la metà degli ospedali): in Germania ne sono stati chiusi 357, in Francia 193, in Italia 170, in Svizzera 122.

La scure dei rimborsi

«I sistemi sanitari come quello inglese o lombardo, nei quali i rimborsi sono decisi dal sistema sanitario nazionale o regionale, incoraggiano la rivalità tra gli ospedali nella qualità dei servizi erogati, con l'effetto di miglio-

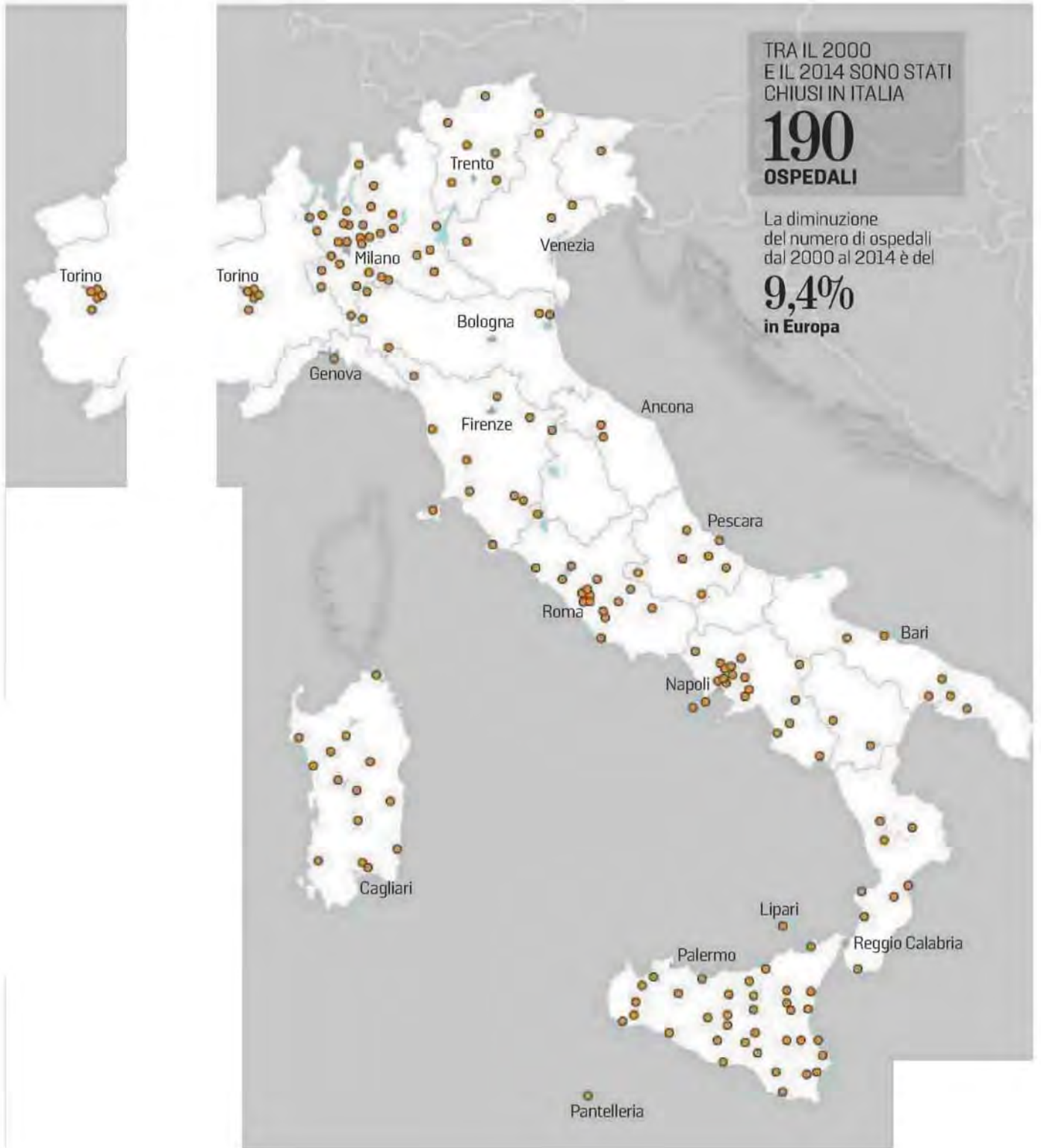
re le condizioni di salute dei cittadini», osserva Moscone. Ridurre gli ospedali in un territorio, però, non equivale sempre alla riduzione della spesa sanitaria complessiva. Chiudere le strutture non aiuta necessariamente a contenere i bilanci delle regioni del Mezzogiorno perché la mobilità dei malati erode la maggior parte delle finanze locali. Per esempio, l'Abruzzo rimborsa alla Lombardia le cure sanitarie dei pazienti abruzzesi che si fanno curare a Milano.

Il caso Basilicata

«Cambia la localizzazione delle strutture, non cambiano i servizi», recita lo slogan del riassetto del servizio sanitario lucano. Detto così sembra niente, ma in un fazzoletto di terra che è un groviglio montuoso, dove per arrivare da un paese all'altro e percorrere 15 chilometri di curve servono 40 minuti, trasferire interi reparti ospedalieri non è come farlo nella pianeggiante Puglia. E così una puerpera di San Costantino Albanese o di Roccanova deve affrontare un'ora e mezzo di macchina rischiando di partorire lungo il tragitto. Fino alla chiusura dell'ospedale di Chiaromonte, poteva essere assistita dopo aver percorso 40 chilometri in mezz'ora d'auto. Inutile pensare al bus (collegamenti all'osso e tempi infiniti). E i treni

qui non sono mai esistiti. In ambulanza la partoriente deve raggiungere Policoro (Asl di Matera, un'altra provincia) o Lagonegro (l'ospedale di riferimento). Risultato della riforma? Raddoppiati costi e chilometri (in media 80) e almeno un'ora e un quarto di strada per mettere al mondo un figlio. «Il paziente deve recarsi nell'ospedale più idoneo e non nel più vicino», si legge nel piano sanitario del Ssr. E così al San Carlo di Potenza sono stati accorpati gli ospedali di Melfi, Villa d'Agri e Lagonegro. Al Santa Maria delle Grazie di Matera il nosocomio di Policoro.

Ecco la seconda vita degli ospedali riconvertiti: Stigliano (hospice e lungodegenza), Tricarico (lungodegenza e riabilitazione), Tinchi (dialisi e riabilitazione), Venosa (Alzheimer e oculistica), Chiaromonte (disturbi alimentari e alcolismo, diagnosi precoce autismo); Lauria (dialisi, lungodegenza, hospice pediatrico), Maratea (Alzheimer e casa di riposo). L'austerità pesa sui cittadini che, in numero crescente, per curarsi emigrano. Secondo l'indagine della Fondazione Gimbe, la Basilicata è al penultimo posto nel saldo della migrazione sanitaria in rapporto al numero di residenti. Peggio solo la Calabria. —



Austerità sanitaria

Chiusura dei piccoli ospedali con meno di

120
posti letto



Chiusura dei punti nascita con meno di

500
parti l'anno



OSPEDALI OGNI
100 MILA ABITANTI
NEL 2014

C'è una forte variabilità territoriale

2,9 Europa

1,9 ITALIA

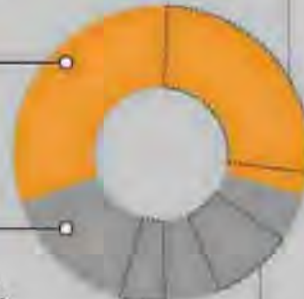
2,6 Grecia

1,6 Spagna

4,9 Francia

66%
DEGLI ITALIANI
È CONTRARIO
ALLA CHIUSURA
DEI PICCOLI
OSPEDALI

Per il **43,8%**
degli italiani sono importanti
presidi territoriali la cui
eliminazione causerebbe
un'eccessiva pressione sulle
strutture più grandi



34%
DEGLI ITALIANI
È FAVOREVOLE
ALLA CHIUSURA
DEI PICCOLI
PRESIDI
OSPEDALIERI

13,2%
considerati
poco attrezzati
e poco
frequentati

20,1%
ritiene che
potrebbero
essere
utilizzati per
rispondere
a bisogni
diversi

Gli ospedali
incidono per il
45,5%
sul totale della spesa
sanitaria corrente

La spesa sanitaria
corrente incide
sul Pil nella misura
dell'8,9%


Regno Unito,
Francia
e Germania
11%

Sostenuta dal
settore pubblico
75%

Settore
privato
25%

L'assistenza per
cura e riabilitazione
grava sul Pil per il
5%


La spesa
sanitaria privata
(per il 90%
a carico delle
famiglie),
incide sul Pil
per il
2,2%



Ogni italiano spende, mediamente, in assistenza sanitaria **2.500 euro all'anno**

Nel Regno Unito, Francia e Germania **tra i 3.000 e i 4.000 euro**

In Italia il **21,7%** della popolazione ha più di 65 anni



camini - LA STAMPA

Fonti: Istat, Ministero della Salute, Censis



Il medico a distanza

Permette ai medici di monitorare a distanza la guarigione dei pazienti: è il sensore sviluppato all'Università di Waterloo, in Belgio. Un dispositivo a forma cilindrica, progettato per adattarsi ai tutori necessari dopo alcuni interventi chirurgici. Via wireless, e senza batteria, il dispositivo invia in tempo reale informazioni riguardo il movimento e altri indicatori. In futuro potrebbero essere utilizzati in altre applicazioni, per esempio nelle ruote delle automobili autonome, per rilevare disconnessioni, ghiaccio sulle strade, e permettere ai sistemi di controllo di rispondere subito alle nuove condizioni. Il prototipo combina elettromagnetismo e triboelettricità: piegato o sollecitato, genera sufficiente energia per rilevare i dati, elaborarli e trasmetterli. Il costo commerciale di ciascun dispositivo dovrebbe aggirarsi tra i cinque e i dieci dollari.

Cristina Pellecchia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

