



POLITICA E SANITÀ

Emilia Romagna, approvate le linee di intervento sulla Sanità

Anche l'Emilia Romagna è alle prese con la scure della spending review che impone tagli pesanti alla Sanità pubblica. Le «linee di programmazione e finanziamento» approvate dalla Regione comporteranno risparmi complessivi di 260 milioni di euro nel settore, intervenendo principalmente su tre punti: la riduzione del budget per l'acquisto di beni e servizi, i tagli ai costi del personale e la riconversione dei piccoli ospedali. Gli acquisti dei beni sanitari e non sanitari, effettuati dalle aziende in modo collettivo, dovranno consentire il recupero di 64 milioni, a cui si prevede di aggiungere altri 66 con il taglio di servizi non sanitari, dalle spese di lavanderia alle mense. Il risparmio sui costi del personale dovrà raggiungere i 45 milioni. Si agirà in primo luogo sul turn over, sostituendo solo un quarto dei dipendenti che lasceranno il servizio, dando comunque priorità alle professioni cliniche rispetto a quelle amministrative. Inoltre, i contratti di lavoro flessibile saranno ridotti e sarà necessaria, per ogni richiesta di sostituzione temporanea di personale, la presentazione di piani di assunzione, che la direzione generale Sanità dovrà approvare solo dopo una valutazione specifica. Anche i contratti integrativi di medici di famiglia e pediatri saranno pesantemente ridimensionati, con un taglio di 20 milioni su un valore complessivo di 80. Le tariffe di degenza verranno ridotte, consentendo un risparmio di 30 milioni tra ospedali pubblici e privati; questi ultimi subiranno un'ulteriore diminuzione del budget per 3 milioni. Infine, come in altre regioni italiane, anche in Emilia Romagna si procederà a riconvertire le piccole strutture ospedaliere. Saranno in tutto 30 e si trasformeranno in centri in cui verrà fornita un'assistenza, in prevalenza di tipo infermieristico, a pazienti che soggiorneranno tipicamente per una o due settimane, fino a un massimo di sei. Dopo l'approvazione delle linee di intervento, si avvieranno nei prossimi giorni incontri tra i direttori delle Ausl e la Regione.

Rete ematologica lombarda: pari accesso a terapie innovative

Circa 100 strutture che si occupano di patologie del sangue, oncologiche e non, di cui 12 sono divisioni specialistiche di ematologia, organizzate per livelli di complessità e intensità di cura, all'interno di una rete regionale. È questa la forma della Rete ematologica lombarda (Rel) giunta al suo quinto anno di attività, e presentata solo ora in un incontro pubblico svoltosi a Milano. «La Rete è nata nel 2008» ha spiegato **Enrica Morra**, direttore del Dipartimento di ematologia e oncologia, dell'ospedale Niguarda di Milano «con l'obiettivo di mettere in comunicazione tutti coloro che si occupano di patologie ematologiche, dai linfomi alle anemie, e di dare pari opportunità di accesso, a tutti i cittadini, ai percorsi di cura e alle terapie più aggiornate ed efficaci, tra cui diversi farmaci innovativi come gli anticorpi monoclonali». Ed è proprio su questi farmaci che i centri lombardi, oltre a impiegarli nel trattamento, hanno avuto la possibilità di rientrare in studi clinici internazionali per sperimentarne nuove formulazioni: «La parola d'ordine è qualità della vita, non soltanto efficacia» ha chiarito Morra «obiettivi che hanno spinto la ricerca verso la sperimentazione della somministrazione sottocute del rituximab, capostipite degli anticorpi monoclonali utilizzati contro il linfoma, che modifica l'approccio del paziente alla terapia poiché permette di passare da un'infusione endovena del farmaco che dura 5-6 ore e necessita di un monitoraggio da parte di un operatore sanitario a infusione sottocutanea che si esegue in 10 minuti, con risparmio sui costi». Si tratta di farmaci che restano, in ogni caso, costosi, ha ribadito l'esperta, «ma nell'organizzazione della Rete c'è il razionale per la sua sostenibilità basato su strutture differenziate in livelli di assistenza e di intensità di cura, sull'allocazione dell'eccellenza in pochi centri, che siano raggiungibili senza rischi per il paziente e dove è necessario avere il coraggio i tetti di spesa per l'innovazione, e sul corretto risk assessment dei pazienti affinché siano inviati al centro di livello più appropriato». La Rete lombarda, tuttavia, non è ancora ottimizzata: «Ci sono ancora margini di miglioramento» ha concluso Morra «servono dieci anni di attività per portarla al massimo, per migliorare l'appropriatezza terapeutica e diagnostica».

Simona Zazzetta

Melanoma, Testori: inversione di tendenza, più casi nell'uomo

Il melanoma viene scoperto troppo tardi soprattutto negli uomini, è quanto emerso al congresso annuale dell'American academy of dermatology in corso a Miami Beach, Florida. Secondo una ricerca, effettuata da Laura Ferris, docente di dermatologia alla university of Pittsburgh School of medicine in Pennsylvania, su 167 pazienti con melanoma: «il 60,5% dei casi era stato diagnosticato dagli specialisti in fase iniziale, il resto era invece giunto dai medici in fase avanzata ed era direttamente proporzionale all'avanzamento dell'età e al sesso maschile». «Non è solo una questione di ritardo diagnostico» ci ha spiegato **Alessandro Testori**, direttore della Divisione melanoma e sarcomi muscolo-cutanei dell'Istituto europeo di oncologia «perché il melanoma nell'uomo ha una prognosi peggiore rispetto alla donna, e questo è risaputo. Quello che sta accadendo è proprio una inversione di tendenza: l'incidenza di questo tumore, prima più elevata nelle donne, vede ora molti più casi negli uomini. Un fenomeno epidemiologico che riguarda gli Stati Uniti e l'Australia ma che, come già accaduto in passato per l'incidenza generale, si replicherà anche in Europa nei prossimi 10-15 anni. Il fatto non è al momento spiegabile, tuttavia è un campanello d'allarme importante, utile per sollecitare un maggior interesse da parte dei medici di famiglia nel controllo della pelle dei propri assistiti».

Elisabetta Lucchesini