



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





La svolta Via libera dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin

Il decreto

Sanità, la svolta via ai contratti di stabilizzazione

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha firmato oggi il Dpcm che permette la stabilizzazione di migliaia di lavoratori precari del Servizio sanitario nazionale.

«È un primo passo - spiega il ministro - per dare risposte ai lavoratori che attendono da anni di essere stabilizzati. Sappiamo che c'è ancora tanto da fare e che questo provvedimento non azzerava tutto il precariato in sanità, ma è sicuramente l'inizio di un percorso virtuoso che ha come finalità ultima quella di eliminare le sacche di precariato presenti nelle Aziende ospedaliere».

Il testo del provvedimento prevede «la possibilità di avviare procedure concorsuali riservate al personale precario degli enti del Servizio sanitario nazionale per coprire sino al 50% dei posti disponibili». Potranno accedere alla stabilizzazione i precari che abbiano prestato un servizio effettivo non inferiore ai tre anni nell'ambito del quinquennio precedente.

Il decreto disciplina anche «le procedure di reclutamento speciale per lavori socialmente utili (LSU) e per lavori di pubblica utilità (LPU)». In particolare, per quel che riguarda l'ambito di applicazione del decreto, le procedure sono riservate anche al personale appartenente all'area della dirigenza medica.

Digital Day. Sul sito di Infocamere i primi 24 moduli sono gratis

Fatture di carta con la Pa addio, è l'ultimo mese per lo switch-off

È partito con una mega-convention romana dei "digital champion" di Riccardo Luna (referente per l'Italia per le politiche dell'agenda europea) il conto alla rovescia che si chiuderà a fine mese per segnare il definitivo passaggio dalla fattura cartacea a quella digitale di tutti i fornitori della Pubblica amministrazione.

La rete dei cosiddetti "ambasciatori dell'innovazione" che si sta diffondendo in tutto il Paese (attualmente sono 837 ma l'obiettivo è averne almeno uno per ognuno degli 8.048 comuni) era rappresentata da esponenti che hanno ricevuto tutte le informazioni operative da diffondere sul territorio per rendere possibile il rispetto dell'obbligo di legge. Dal 31 marzo, come prevede il dl 90 dello scorso anno, nessuno potrà più presentare una fattura cartacea a un'amministrazione (da ottobre il passaggio è già operativo per le amministrazioni centrali). E per adeguarsi alle nuove regole qualunque operatore privato che lavora con un cliente

pubblico dovrà dotarsi di un indirizzo di posta elettronica certificata (Pec) di una firma digitale e di un archivio dove conservare per cinque anni le fatture elettroniche.

Per lo switch-off è previsto un trimestre di transizione, utile per smaltire i pagamenti delle vecchie e ultime fatture tradizionali già emesse, poi non ci sarà alternativa al digitale. Diverse le iniziative di supporto messe in campo, tra cui quella delle Camere di commercio che sul portale di InfoCamere garantiscono la gratuità sull'utilizzo delle prime 24 fatture elettroniche nonché la possibilità di attivare in modo semplice la Pec. Qualunque microimpresa potrà compiere qui il primo passo senza più rivolgersi a un consulente con un risparmio iniziale previsto pari ad almeno 500 euro.

Dal 1 aprile al 30 giugno, inoltre, all'interno di una sezione del sito italiani.digital, realizzato dall'associazione digital champions con il sostegno di Telecom Italia, sarà messo a disposizione di tutti un help desk per rispondere alla

domande sul tema.

Al digital day sulla fatturazione elettronica (ne saranno organizzati ulteriori nelle diverse province il 9 marzo) ha partecipato il ministro Marianna Madia, la quale ha detto chiaramente che «senza una digitalizzazione efficace la riforma della Pubblica amministrazione sarà un fallimento». Presenta all'incontro anche il direttore delle Entrate, Rossella Orlandi, che il processo porti al decollo della fatturazione elettronica in breve tempo anche tra privati «che dovrebbe essere incentivata per consentire anche il controllo fiscale, la modernizzazione delle imprese e il risparmio in termini contabili». Sogei e Agenzia per l'Italia digitale hanno registrato da giugno a ottobre 1,9 milioni di fatture digitali, poi arrivate a 2,6 milioni a fine febbraio. A regime il sistema dovrebbe registrare 60 milioni di fatture l'anno, con un risparmio stimato in 1,4 miliardi l'anno per gli operatori privati.

D.Col.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

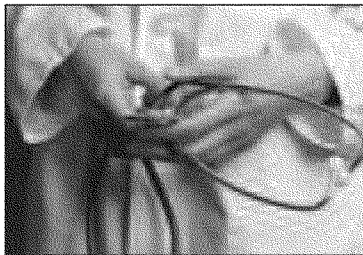
Con le modifiche al regolamento cambiano modi e tempi *Specializzazioni mediche, slitta ancora l'accesso*

DI **BENEDETTA PACELLI**

L'accesso alle scuole di specializzazione medica resta nel limbo. Due le modifiche al nuovo regolamento per la formazione post-universitaria dei camici bianchi che costringono il ministero a fare retromarcia su modi e tempi previsti per i test di accesso (il bando era atteso per lo scorso 28 febbraio). Seppure, infatti, il regolamento, come spiega il ministero dell'Istruzione, dell'università e della ricerca **Stefania Giannini**, è stato inviato al Consiglio di stato, per i test di ingresso ci sarà da aspettare ancora un bel po', visto che, precisa il ministero, le prove si svolgeranno il 31 luglio. Uno slittamento che manda su tutte le furie le rappresentanze dei giovani camici bianchi (Sigm) che parlano di un «ennesimo rinvio» e che restano perplessi anche per le nuove inaspettate modifiche.

Dopo il caos della prima edizione della prima prova, quella del 2014, che aveva visto scambi di domande e quindi quesiti annullati da parte dello stesso dicastero, il ministro Giannini ha deciso di semplificare i test di accesso per sveltire, spiega in un comunicato, le procedure di scorrimento delle graduatorie finali.

Due le modifiche. La prima prevede che ogni candidato possa concorrere per un massimo di tre tipologie di scuola da indicare in ordine di preferenza e non per sei. La seconda, invece, stabilisce che i 70 quesiti della parte generale della prova di selezione facciano riferimento



alla formazione clinica del percorso di laurea, per improntare le prove «a una maggiore caratterizzazione pratico-applicativa nella porzione comune dei quiz». I punti chiave del regolamento, che dopo il Cds dovrà passare alla Presidenza del consiglio e poi alla Corte dei conti, sono di una riduzione delle scuole che ora afferiscono a tre grandi macro aree (medica, chirurgica e servizi clinici), riducendole dalle 56 attuali alle circa 50 future, e poi di accorciare la durata dei corsi portando le specialità chirurgiche da sei a cinque anni e quelle mediche da cinque a quattro anni, con l'obiettivo di riallinearle agli standard europei. Nella formazione, poi, sarà garantito un maggiore spazio

alla didattica nelle strutture sanitarie e sarà prevista una revisione delle attività professionalizzanti da riconoscere nella pratica medica svolta dagli specializzandi. Ma il ritardo non va giù alle associazioni sindacali. «Ancora una volta», dice il Segretariato giovani medici specializzazioni, «migliaia di giovani medici aspiranti

specializzandi vengono condannati al limbo dell'incertezza. Ci auguriamo che ciò non sia funzionale alla necessità di coprire l'ennesima defaillance burocratico-organizzativa del Miur ovvero a un problema di copertura per il finanziamento di un numero congruo di contratti di formazione specialistica». Un altro punto che lascia perplessi i giovani medici è quello relativo ai tempi per la pubblicazione del bando che secondo il Miur sarà emanato il 31 aprile, quando «è noto che i tempi per gli organi di controllo sono generalmente più lunghi».

Finanza locale. Il Dm del Viminale

Comuni, fissati i tagli della spending review

Gianni Trovati

MILANO

■ Più di 261 milioni di tagli a Roma, 150 a Milano, 53 a Napoli e quasi 52 a Torino. Sono i numeri della nuova spending review comunale, che si aggiunge alle altre per effetto del decreto sul bonus da 80 euro.

Insieme all'Imu agricola, il ruolo dei sindaci nella copertura di una fetta degli aiuti ai dipendenti con redditi medio-bassi passa infatti da un capitolo aggiuntivo dei tagli, che nel 2015 chiede 563,4 milioni di euro assegnati ieri Comune per Comune da un decreto del Viminale (le stesse cifre saranno confermate anno per anno fino al 2018).

La distribuzione dei tagli, come concordato da sindaci e Governo nella Conferenza Stato_Città del 22 gennaio, ripren-

de con pochi correttivi i criteri utilizzati l'anno scorso per disegnare la geografia della prima tranche di manovra, che aveva chiesto ai Comuni 375,6 milioni: all'atto pratico, quindi, il conto presentato dal decreto del Viminale di ieri aumenta del 50% quello servito lo scorso autunno. L'eccezione è rappresentata dai Comuni che sono stati colpiti dal terremoto del 21 giugno 2013 nelle province di Lucca e Massa Carrara, e che sono ora esclusi dalla riduzione incrementale delle risorse.

Il calcolo dei tagli poggia su tre pilastri, ma quello di gran lunga più importante (540 milioni, cioè quasi il 96% del totale) è articolata in proporzione a una serie di spese correnti regolate in ogni Comune dal Siope, il cervellone del ministero del-

l'Economia che monitora i flussi di cassa degli enti pubblici. Per evitare troppi effetti distorsivi, legati per esempio al fatto che la base di calcolo estesa al 2013 finiva per penalizzare gli enti che avevano pagato di più i propri fornitori grazie allo sblocca-debiti, il risultato è stato vincolato a una clausola di salvaguardia che impedisce al nuovo taglio di superare il 20% di quello prodotto dalla spending review di Monti (Dl 95/2012). Ereditati dall'anno scorso sono i dati sui tempi di pagamento, che impongono un aumento del 5% nel taglio a carico dei Comuni troppo lenti (pagamenti medi oltre 90 giorni) e un bonus equivalente agli enti «virtuosi». Il resto dei tagli è invece rivolto alle spese per consulenze (21 milioni) e autovetture (2,4 milioni).

gianni.trovati@ilssole24ore.com

Sbloccati i fondi per i malati di Sla

L'Aisla sostiene oltre 300 persone in Campania grazie al lavoro dei volontari presenti nelle province

La Regione Campania sblocca 23 milioni di euro provenienti dal Fondo per le 'Non autosufficienze 2013', destinati all'assistenza domiciliare per i malati gravi, tra cui le persone con Sla che in Campania sono più di 400: l'Irpinia esulta. La decisione è scaturita da un incontro tra l'assessore regionale alle politiche sociali, Bianca D'Angelo, e l'Aisla, l'Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica, che da 32 anni sostiene le persone con Sla e la ricerca su questa malattia.

Su richiesta di Aisla, la Regione si impegna inoltre a erogare automaticamente i contributi ai malati di Sla gravi, che non possono più muoversi, alimentarsi e respirare autonomamente, eliminando per loro l'obbligo di sottoporsi alle visite mediche periodiche di controllo che le Asl effettuano per capire chi ha diritto all'Fna.

Queste visite sono infatti inutili e gravose per le persone con Sla poiché questa malattia è oggi irreversibile e, di conseguenza, i malati gravi, già riconosciuti dalla Regione come "aventi diritto", non possono migliorare nel tempo. La Regione si impegna inoltre a verificare la corretta e puntuale erogazione delle risorse alle famiglie.

La Regione ha accolto anche la richiesta di Aisla di essere coinvolta nel processo di assegnazione dell'Fna 2014 che sarà discusso quando sarà terminata l'erogazione dei 23 milioni dell'Fna 2013 appena sbloccati.

All'incontro in assessorato, hanno partecipato, il direttore generale del Dipartimento Rosanna Romano, il dirigente del settore politiche sociali Fortunata Caragliano, Pina Esposito, consigliere nazionale di Aisla e coordinatrice dell'associazione in Campania, Adele Ferrara e Antonio Tessitore, di Aisla Napoli-Caserta.

L'assessore regionale alle politiche sociali, Bianca

D'Angelo ha commentato: "L'incontro è stato estremamente produttivo, in quanto abbiamo verificato e chiarito le linee guida dei prossimi interventi sulle disabilità gravi e gravissime. Ringrazio l'Associazione AISLA per il suo impegno quotidiano in un comparto così delicato e difficile. Quanto verificato in questa riunione sarà oggetto di integrazione all'interno del piano sociale regionale 2016-2018, in via di stesura. Nulla rimarrà di intentato affinché questa condizione, così pesante per il paziente e la famiglia, abbia tutta la vicinanza possibile delle istituzioni ed in particolare delle Politiche Sociali della Regione Campania che intendono mettere al centro delle proprie azioni un adeguato ascolto e strumenti concreti che possano essere di aiuto a coloro che vivono un quotidiano difficile".

Pina Esposito, consigliere nazionale di Aisla e coordinatrice dell'associazione in Campania ha dichiarato: "E' importante che le istituzioni si attivino con interventi a sostegno dei malati e delle famiglie che tengano conto delle loro esigenze. Continueremo a monitorare la situazione dell'assistenza ai malati di Sla in Campania, per verificare che le persone vedano riconosciuti i loro diritti e non siano mai lasciate sole. Oggi Aisla sta aiutando oltre 300 persone con Sla in Campania grazie al lavoro dei volontari presenti in tutte le province".





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Il «Sant'Anna e San Sebastiano» nel ciclone dell'inchiesta Dda. La svolta ispirata dall'azione di Cantone

Ospedale, arrivano tre commissari

Appalti, clan e politica: proposta di scioglimento avanzata ad Alfano dal prefetto Pagano

Mariù Musto

Si attendeva questa decisione da tempo. E ieri, il prefetto di Caserta, Carmela Pagano, ha inviato la sua proposta di scioglimento dell'organo di direzione dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano al ministro dell'Interno, Angelino Alfano. In contemporanea, ha inviato tre nuovi commissari per la gestione dell'ospedale. Si tratta di Cinzia Guercio, Michele Ametta e Leonardo Pace.



Nel mirino Dda Il sistema appalti all'ospedale di Caserta è stato sotto la lente della Direzione Distrettuale Antimafia: rapporti tra politica, dirigenti e clan, con una raffica di arresti

La sanità, la svolta

Ospedale, arrivano tre commissari

Dopo l'inchiesta su appalti, clan e politica c'è la proposta di scioglimento dell'Azienda

Marilù Musto

Si attendeva questa decisione da tempo. E ieri, il prefetto di Caserta, Carmela Pagano, ha inviato la sua proposta di scioglimento dell'organo di direzione dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano al ministro dell'Interno, Angelino Alfano. In maniera contemporanea, ha inviato tre nuovi commissari a Caserta per la gestione dell'ospedale. Si tratta di Cinzia Guercio, Michele Ametta e Leonardo Pace, tutti e tre con esperienza in campo istituzionale, economico e finanziario. La Guercio è la responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza al Viminale, Ametta è dirigente presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, settore Ragioneria Generale dello Stato e Leonardo Pace è a capo del Provveditorato Interregionale delle Opere Pubbliche della Campania, Puglia, Basilicata e Molise.

Guideranno l'azienda ospedaliera nei prossimi tre mesi, giusto il tempo di nominare un commissario, un tecnico che possa guidare l'ospedale che qualcuno ha definito «l'ospedale di gomorra» per le tante inchieste che lo hanno interessato. Ed ecco che «cadono» tutte le nomine fatte dalla giunta Caldoro circa un anno fa, all'indomani dell'inchiesta sull'Asl di Caserta della Dda di Napoli. Asl e Ospedale, a Caserta, sono state per anni due entità collegate. E forse non era stato un caso che l'ex direttore dell'azienda sanitaria, Franco Bottino, fosse poi stato nominato a capo dell'ospedale. Per essere poi arrestato nella prima e nella seconda inchiesta dell'Antimafia di Napoli, sull'Asl prima e sull'ospedale poi. Salvo poi essere rilasciato una settimana dopo, nel caso dell'ospedale.

Dopo Bottino è giunta l'era del «valzer» di nomine. In ultimo, è arrivata la nomina di Luigi Muto, professionista senza macchia, diventato direttore generale su indicazione della giunta regionale. Muto ha traghettato l'azienda per tutto quest'anno e oggi siederà sulla sua poltrona come sempre, aspettando la notifica dell'atto prefettizio.

Così, ad un mese e mezzo di distanza dal tintinnio delle manette per funzionari dell'Azienda Ospedaliera ed ex professionisti disposti con nomine politiche nel settore ammini-

strativo dell'azienda, si riparte da zero. Il settore amministrativo e tecnico è considerato nevralgico perché ha il potere di decidere appalti e determine, lavori di somma urgenza e manutenzione in tutto l'edificio. In realtà, la notizia dello scioglimento dei vertici dell'azienda è arrivata proprio quando Muto, in qualità di direttore generale, ha nominato il nuovo dirigente dell'Uoc del settore Ingegneria. Si tratta dell'architetto Virgilio Patitucci, vincitore dell'avviso pubblico del 19 febbraio scorso. Al suo posto, tre mesi fa, sedeva Bartolomeo Festa, arrestato per aver firmato servizi di manutenzione a società in odore di camorra.

E per oggi, alle 11, tutto il personale medico e paramedico e i dipendenti amministrativi, si incontreranno per discutere del nuovo assetto dirigenziale imposto dal prefetto.

A lanciare un grido di allarme sul clima che si respirava in ospedale, do-

po lo scoppio della bomba giudiziaria, era stato l'ex pm Raffaele Cantone che aveva già chiesto il commissariamento di una ditta che gestiva la manutenzione degli ascensori. «Ciò che è accaduto nell'ospedale di Caserta avrebbe dovuto portare le persone a manifestare in piazza, contro un sistema criminale che gestisce la vita degli stessi cittadini. «Francuccio» Zagaria andava tutti i giorni nel nosocomio casertano e decideva sul da farsi. Appalti, ricoveri e favori erano «decisi» dal clan camorristico, senza che nessuno si ribel-

lasse, nel silenzio più totale». Il presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione, Raffaele Cantone, ieri mattina ad Aversa, nell'aula magna del liceo classico «Domenico Cirillo», per incontrare studenti e docenti di quello che è stato l'istituto dove ha conseguito la maturità, non usa mezzi termini e si rivolge in maniera diretta alla platea di giovani. «Avere potere a piene mani in un ospedale - fa notare Cantone che nei giorni scorsi aveva compiuto un'ispezione all'ospedale di Caserta - significa condizionare tutto e tutti: le persone, alla mercé della camorra, e le istituzioni sanitarie. Non è un caso che in Campania, tranne rare eccezioni, la sanità non funziona ed è al collasso. Questo accade quando si confondono i diritti con i favori».



Il prefetto
Ha firmato
la richiesta
ad Alfano
Dipendenti
stamane
riuniti
in assemblea

FRATTAMINORE Sala consiliare gremita per l'appuntamento promosso dall'associazione Am.A.Ti. onlus

Tiroide, esperti a confronto

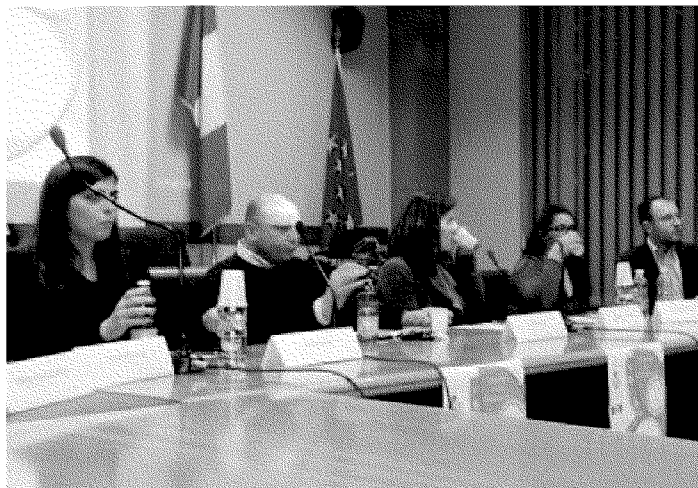
FRATTAMINORE. Una sala consiliare gremita ha seguito il convegno "tiroide: occhio alla prevenzione" promosso dall'associazione Am.A.Ti (Amici Associati per la Tiroide Onlus) con il patrocinio dell'Istituto nazionale tumore "Ircs fondazione Pascale" e del comune di Frattaminore. Ad introdurre il lavoro il sindaco Vincenzo Caso, a moderare la giornalista Teresa Anna Iannelli, segretaria dell'Am.A.Ti. Si è parlato della "cor-

relazione tra sana alimentazione, stili di vita corretti e prevenzione delle neoplasie, in particolare di quelle tiroidee".

Dopo la presentazione dell'associazione da parte del presidente, Maria Guida, a relazionare il dottor Luciano Pezzullo, responsabile della Struttura semplice dipartimentale di Chirurgia Tiroidea dell'Istituto Tumori di Napoli e la dottoressa Maria Grazia Chiofalo della stessa struttura. Hanno affronta-

to il tema del decalogo della prevenzione del tumore tiroideo. Il biologo-nutrizionista Pasquale Aciri ha relazionato su "alimentiamo la salute...non solo la tiroide" illustrando le basi per un corretto e salutare stile nutrizionale ed infine il medico veterinario Marzia Maggiarra ha approfondito il tema: "analisi del rischio dei pericoli chimici oggetto di recenti emergenze sanitarie".

BENNY MAIELLO

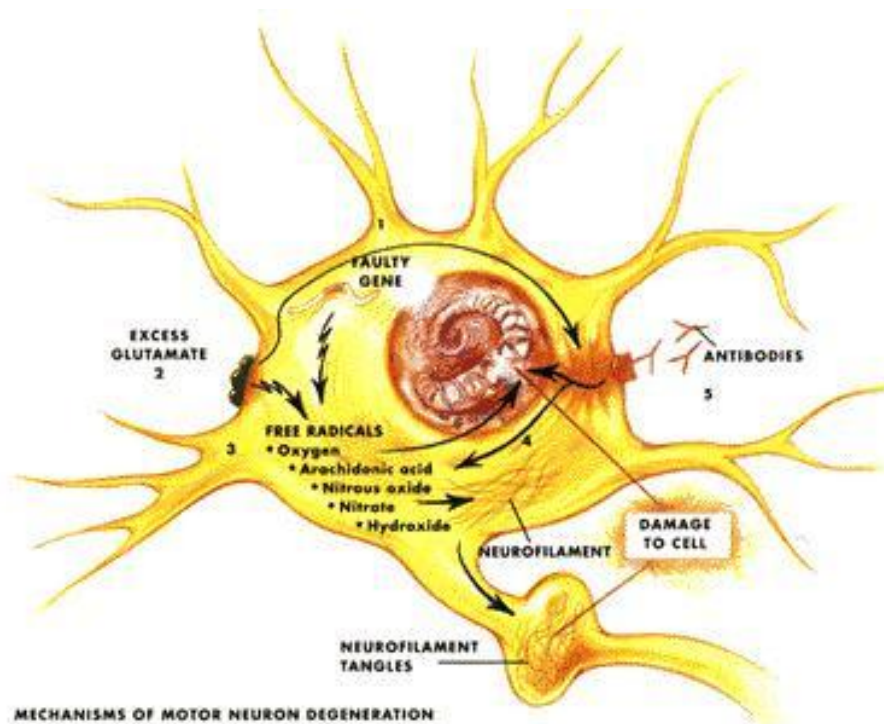


● I relatori al seminario sulla tiroide a Frattaminore



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Diabete. Presentato a Parigi un dispositivo integrato che monitora e, se necessario, blocca la somministrazione di insulina, anche di notte, calcolando in anticipo i problemi. Finora l'allarme scattava già in zona rischio. La grande utilità per i piccoli e i ragazzi. Sta arrivando in Italia

IL NUOVO MICROINFUSORE DI INSULINA

- ➊ Calcolo più efficace del bolo (singola dose)
- ➋ Trattamento programmabile pro-memoria
- ➌ Erogazione del bolo da remoto
- ➍ Impostazione facile dei parametri
- ➎ Controllo del volume delle suonerie



COME FUNZIONA

➊ Un sensore per il monitoraggio continuo del glucosio rileva automaticamente i valori giorno e notte

➋ I valori di glucosio dal sensore sono trasmessi via wireless al microinfusore

➌ L'insulina è erogata nel sottocute mediante un set infusoriale

➍ Mentre il microinfusore eroga l'insulina, i valori di glucosio sono visualizzati in continuo sullo schermo

➎ "SmartGuard" usa il valore di glucosio registrato per sospendere e riavviare in automatico l'erogazione di insulina

IN CIFRE

90%

Pazienti insulino-dipendenti che soffrono di ipoglicemia

7%

Il diabete di tipo 1 riguarda il 5-10% di tutti i casi di diabete

Solo in Europa i diabetici di tipo 1 sono più di 3 milioni



Con il Minimed 640 serve una iniezione ogni tre giorni, invece di 12

L'algoritmo che predice le crisi ipoglicemiche

DAL NOSTRO INVIATO
 ELVIRA NASELLI

LA CHIUSURA del cerchio è vicina. Il dispositivo presentato a Parigi, al congresso internazionale ATTD, dedicato alle tecnologie per il trattamento del diabete, è finora quello che si avvicina di più al pancreas artificiale. Frutto della tecnologia Medtronic, il sistema Minimed 640G, a giorni disponibile in Italia, è l'unico che riesce a prevenire le crisi ipoglicemiche, temutissime dai diabetici trattati con insulina, perché provocano disturbi che nei casi più gravi richiedono perfino il ricovero ospedaliero. Il nuovo sistema integrato monitora continuamente il glucosio, giorno e notte, invia wireless i valori al microinfusore, che eroga l'insulina e che però, grazie ad un nuovo algoritmo predittivo, che è la novità dell'ultimo modello di device, riesce a calcolare in anticipo l'abbassamento eccessivo dei livelli di glucosio, bloccando l'erogazione di insulina per mezz'ora e riavviandola quando i livelli sono tornati in zona di sicurezza. Differenza sostanziale, considerato che con i modelli attualmente utilizzati l'allarme scattava già in zona a rischio ipoglicemia.

La prevenzione dell'ipoglicemia — secondo Tadej Battelino, presidente del congresso — è il punto di forza di questo sistema, consen-

tendo di ridurre gli eventuali rimbalzi iperglicemici. Ma non solo. Il dispositivo è più "friendly": semplice, tanto da poter essere utilizzato anche dai bambini, piccolo e accurato, resistente all'acqua. Nel contempo, riassume Claudio Tubili, responsabile Diabetologia del San Camillo di Roma, «i sistemi integrati devono essere impostati dal medico e utilizzati consapevolmente dai pazienti. Sono auto sportive che vanno guidate da mani esperte». «È necessario formare medici, infermieri, dietisti e pazienti — spiega Dubili, che segue circa 270 persone con i microinfusori utilizzati fin qui — e "rinfrescare" periodicamente funzioni e corretta gestione del device. Ma è altrettanto importante selezionare bene i pazienti. L'indicazione principale è il cattivo compenso glicemico e la presenza di ipoglicemia grave, che molti diabetici di antica data non avvertono. E la motivazione del paziente, naturalmente». I microinfusori, rimborsati dal Ssn, sono usati soprattutto da diabetici 1. In Europa la media è di circa il 20%, negli Stati Uniti del 40, in Italia del 6-7 per cento. Numeri maggiori per i più giovani. «Nella fascia 0-18 anni il 14% utilizza il microinfusore — premette Ivana Rabbone, diabetologa pediatra all'ospedale Regina Margherita di Torino — e

di questi il 30 usa un sistema integrato. La prescrizione tiene conto non solo di criteri medici ma anche della personalità dei ragazzi, o dei genitori dei più piccoli». Sono soprattutto gli under 11 ad utilizzare il microinfusore integrato, in particolare i piccoli attorno a 5 anni, mentre gli adolescenti sono i più restii a "mostrare" la malattia.

In alcuni casi i microinfusori sono prescritti anche a chi ha il diabete 2. «Se riuscissimo a prescriverli a tutti i diabetici di tipo 1 che ne hanno le indicazioni sarebbe già un successo — ragiona Daniela Bruttomesso, coordinatrice del gruppo di studio italiano "Tecnologia e diabete" — perché permetteremo loro di migliorare non solo il controllo glicemico ma anche la qualità della vita. Un vantaggio straordinario del microinfusore è che utilizza soltanto insulina ad azione rapida, che ha una variabilità di assorbimento a livello del sottocute di circa il 3% a fronte del 27% delle insuline ad azione pro-

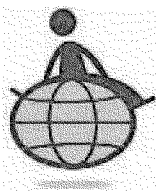
Il sensore e la trasmissione di dati senza fili per una tecnologia che sta andando verso la realizzazione di un pancreas artificiale

lungata e questo permette di ridurre molto le oscillazioni glicemiche. La massima efficacia metabolica si ottiene con il sistema integrato composto da microinfusore e sensore per la lettura in continuo del glucosio, a patto che il sensore sia usato per almeno il 70% del tempo». Insomma, se per il pancreas artificiale occorre forse qualche anno, oggi le soluzioni tecnologiche sono quanto di meglio i malati possano ottenere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO.

Per baby malati e fratelli esperienza Dynamo camp



DIVERTIMENTO e formazione. 89 bambini e ragazzi affetti da diabete sono stati ospiti di Dynamo Camp, organizzazione che si occupa di terapia ricreativa. Giornate dedicate a sviluppare l'autonomia dei giovani, provenienti dai centri diabetologici di Genova, Bologna, Novara e Trento e accompagnati da medici e infermieri, nella gestione della malattia.

I programmi estivi di Dynamo Camp (in un'oasi affiliata Wwf in provincia di Pistoia) sono sette e ognuno accoglie circa 85 bambini e ragazzi, provenienti da tutta Italia, affetti da patologie gravi

e croniche. Un programma specifico è dedicato ai fratelli sani (Siblings). Nove giorni con un approccio scientifico della terapia ricreativa: attraverso attività divertenti ed emozionanti si contribuisce a rinnovare la fiducia in se stessi e nelle proprie possibilità.

L'approccio della Terapia Ricreativa ha l'obiettivo di coinvolgere i piccoli ospiti in attività divertenti ed emozionanti: arrampicata, equitazione, tiro con l'arco, terapia ricreativa in acqua, attività di circo, art factory, radio Dynamo, Dynamo Studios, Dynamo Musical. Le iniziative di Dynamo Camp a favore dei ragazzi con problemi di salute proseguono su molti fronti. Fino a lunedì 9 marzo è attiva la raccolta fondi per regalare una vacanza estiva gratuita a oltre 600 bambini dai 6 ai 17 anni gravemente malati e ai loro fratelli e sorelle. Per partecipare alla raccolta sms al 45501. La campagna ruota intorno all'hashtag #piccoleroe. Vedi www.dynamocamp.org.

(*alessandra margreth*)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

> A TAVOLA EUGENIO DELTOMA



OVER 65 ATTENTI ALLE DIETE

Al traguardo dei 90 o 100 anni arrivano più spesso gli anziani di peso normale o in lieve sottopeso. Tuttavia, quando dopo i 65-70 anni un medico giudica indispensabile un dimagrimento, non conviene eccedere i 3-4 kg in meno al mese. L'analisi genetica di oltre 8000 topi, a dieta ipocalorica, ha confermato che i geni legati all'invecchiamento restano indenni e più attivi, mediamente

in misura del 50%, rispetto ai geni di animali allevati con diete libere e sovrabbondanti. Inoltre, c'è la certezza che al di sotto delle 1.000-1.200 kcal/die qualsiasi dieta provoca, pur se "protetta" da integratori, un serio impoverimento del patrimonio muscolare (sarcopenia). Una dieta ipocalorica equilibrata, che non crei sovraccarico renale e epatico, ci tutela invece dall'accentuazione del catabolismo senile e quindi dell'auto-cannibalismo

muscolare. Soprattutto negli anziani gli svantaggi psicofisici delle diete rigide superano i teorici vantaggi, specialmente quando non si aumenta la spesa energetica, neppure con passeggiate. In molti casi ci si dovrà accontentare di prevenire ulteriori acquisizioni di peso, senza pretendere che una dieta ipocalorica faccia il miracolo di far dimagrire i pazienti non più giovani senza aggravare la sarcopenia, l'apporto di calcio e ferro e altre carenze in dotte dalle diete sconsideratamente ipocaloriche.
edeltoma@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DIA
GNO
SI

Dal dentista

La visita dal dentista come screening per il diabete e per misurare la glicemia per molti pazienti a rischio.

Secondo uno studio, pubblicato su *American Journal of Public Health*, l'utilizzo del sangue gengivale dà risultati praticamente identici di

emoglobina glicata rispetto al sangue ottenuto dalla puntura del dito. Poiché circa 8.1 milioni di americani sui 29.1 con diabete hanno un controllo glicemico scarso, e le visite dal dentista sono più frequenti di quelle dal medico, l'idea è di utilizzare la visita dentistica per controllare la glicemia nei diabetici

e sottoporre a screening i pazienti non diagnosticati e a rischio, soprattutto quelli che hanno 45 anni e oltre. Questo perché, secondo lo studio condotto da Shiela Strauss (professore al NYU's colleges of Nursing and Dentistry) su 408 pazienti dal dentista, sono proprio le persone che hanno almeno 45 anni quelle che possono avere benefici maggiori da questo screening.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prevenzione. L'Europa vuole un registro personale delle dosi assorbite. Serve a non superare la soglia di rischio. Un esame su quattro fa correre pericoli inutili. Ma l'Italia è in ritardo sull'applicazione della direttiva

Il diario dei raggi X ci proteggerà dall'abuso di lastre

MARIAPAOLA SALMI

SETTE miliardi di esami radiologici nel mondo. Cento milioni in Italia, prescritti forse con troppa facilità considerato che un esame su quattro sarebbe inutile e che un individuo ogni anno riceve una quantità di radiazioni pari a decine e decine delle vecchie lastre del torace. Occorre fermare questa bulimia diagnostica, se non altro per il rischio cancerogeno legato all'eccesso di raggi X che non può più essere trascurato.

Secondo ricerche americane, quasi il 2% dei tumori sarebbe dovuto all'abuso di Tac. Adesso la direttiva europea "Euratom" 2013/59, che gli Stati membri dovranno mettere in pratica entro febbraio 2018, obbliga i radiologi a scrivere all'interno del referto e poi, quando sarà adottato dalle regioni, nel fascicolo elettronico, la dose esatta di radiazioni che una persona riceve nel corso di quell'esame. La direttiva vuole incentivare la comunicazione medico-paziente e sancisce la co-responsabilità del medico prescrivente e dello specialista esecutore nella scelta del procedimento

Rep tv
NEWS

REPTV-LAEFFE
Il "martedì di Salute"
alle 19.45 sul canale
50 del dig. terrestre
e 139 di Sky

diagnostico.

«Questa normativa, recepita alla fine del 2014, integra e aggiorna un insieme di norme che regolano l'utilizzo delle radiazioni ionizzanti — afferma Carlo Masciocchi, presidente della Società italiana di radiologia medica (Sirm) — in Italia abbiamo la legge 187 del 2000, che codifica l'impiego delle radiazioni ionizzanti, una delle più avanzate d'Europa. Pur essendo il parco delle apparecchiature a livello nazionale di buona qualità, il 65% è obsoleto e impiegheremo almeno due, tre anni per adeguarci alla direttiva, in quanto i macchinari attualmente disponibili non sono in grado di registrare la dose di raggi erogata. I radiologi sono d'accordo

sulla necessità di certificare le dosi ma è altrettanto importante far capire ai pazienti che non sempre sottoporsi ad un esame radiologico è utile, anzi a volte non serve affatto o può essere dannoso».

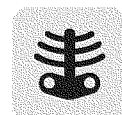
Un fiume di prescrizioni per lo più del medico di medicina generale ma anche di molti specialisti, che costano al Servizio Sanitario Nazionale oltre 5 miliardi di euro l'anno. Nove milioni di risonanze magnetiche (che sono costose ma non rischiose per la salute), undici milioni di Tac, cinquanta milioni di radiografie convenzionali all'anno. Molte di queste andrebbero eliminate.

L'abuso di indagini radiologiche, pericolose soprattutto per i bambini sotto l'anno di età e per le donne, è dato concreto: i casi di prescrizioni evitabili sono più del 25%, il 30-50% degli esami è prescritto o eseguito in maniera inappropriata. Il paziente chiede l'esame con il macchinario più recente. Il medico prescrive, anche quando non dovrebbe. «Alla base di questo boom prescrittivo di esami radiologici, in particolare quelli che utilizzano le radiazioni ionizzanti, le più pericolose, ci sono diverse motivazioni: da un lato, la naturale evoluzione tecnologica sempre più sofisticata e le elevate aspettative dei pazienti che arrivano nello studio del medico con le idee chiare, e pretendono l'esame, a costo di pagarlo di tasca propria — dice Walter Marrocco, responsabile scientifico Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg) e medico di famiglia a Roma — dall'altro lato c'è lo spettro della medicina difensiva, ormai diffusa anche da noi, che costringe il medico a prescrivere qualcosa in più per evitare eventuali contenziosi». Nella pratica clinica fino ad un esame radiologico su tre viene prescritto, secondo quanto riporta Janner Caverly dell'università del Colorado in uno studio, in situazioni in cui il rapporto tra benefici diagnostici e rischi potenziali non è poi così favorevole. A volte sono gli stessi medici ad essere poco informati. Pazienti e medici hanno bisogno di recuperare la mancanza di conoscenza e di comunicazione del rischio così da incrementare "decisioni condivise". Il dialogo, però, manca ancora.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Emopoietiche
Negli studi inglesi e italiani sono usate le staminali del sangue dello stesso paziente



Mesenchimali
Sono staminali adulte si trovano soprattutto nel midollo osseo: anch'esse sono usate nella sclerosi multipla



Malati
I malati di Sirm in Italia sono circa 72 mila, per un totale di circa 2000 nuovi casi ogni anno



Diagnosi
Ogni 4 ore c'è una nuova diagnosi di Sirm con un rapporto 2 a 1 tra donne e uomini (fonte Aism)

Sclerosi multipla. Due ricerche in Uk e Italia

pubblicate su *Jama* e *Neurology*: i pazienti dopo anni di terapie migliorano. Il racconto dei malati, la cautela degli studiosi. Non è per tutti

Il sangue "rigenerato" da chemio e staminali

PER alcuni malati di sclerosi multipla è la chiave di volta. La conferma arriva da due recenti studi, uno inglese pubblicato su *Jama* e uno italiano uscito su *Neurology*, un autotrapianto di cellule staminali emopoietiche, reinfuse dopo aver azzerato con altissime dosi di chemioterapici il sistema immunitario del paziente, riescono a ricostruirlo in circa un mese invertendo i sintomi della patologia, per la quale non c'è ancora cura.

I medici britannici invitano alla cautela, considerati i piccoli numeri, circa una ventina di malati, il fatto che il loro studio non prevedesse un gruppo di controllo e che abbia funzionato in malati con sclerosi recidivante-remittente ma non contro la forma secondaria progressiva. Il trattamento proposto non è però nuovo. «La ricerca su *Jama* non dimostra nulla di nuovo - attacca Gianvito Martino, direttore della divisione Neuroscienze Irccs ospedale Ran Raffaele di Milano - dal '94 vengono effettuati trapianti di midollo osseo per il trattamento della sclerosi multipla e più di 500 pazienti nel mondo hanno già ricevuto un trapianto. In alcuni ca-

si, soprattutto in quelli maligni e velocemente ingravescenti, può funzionare. Ciò non toglie che rimane una procedura di per sé rischiosa, ancora sperimentale e che i casi devono essere accuratamente selezionati e valutati secondo una logica di rischio/beneficio».

Lo studio italiano di fase 2, durato oltre 15 anni, ha invece paragonato in 21 malati gravi, con sclerosi secondaria progressiva o recidivante-remittente, l'autotrapianto di staminali alla terapia farmacologica standard a base di mitoxantrone. Con l'autotrapianto i pazienti hanno presentato l'80 per cento in meno di nuove lesioni cerebrali. «Da circa 20 anni - premette Gianluigi Mancardi, direttore della clinica Neurologica dell'università di Genova e coordinatore dello studio con Riccardo Saccardi, del Careggi di Firenze - si tenta l'approccio delle staminali ematopoietiche per le malattie autoimmuni, come è anche la sclerosi multipla. E abbiamo pazienti trapiantati quindici anni fa che sono ancora liberi da malattia, benché, essendo un trapianto autologo, prima o poi la sclerosi può tornare. Quello che mi preme è specificare che questo trattamento non è per tutti ma solo per

chi ha forme aggressive di malattia, all'incirca tra il 5 e il 10% dei malati di sclerosi».

Sia chiaro, se la tecnica non fosse così terribilmente aggressiva sarebbe l'uovo di Colombo, considerati i miglioramenti. Ma purtroppo non è così. «Azzerando i globuli bianchi abbiamo anche una mortalità non trascurabile - continua Mancardi - attorno al 2%. Per questo è un approccio che si può utilizzare solo in casi ben selezionati, in pa-

Procedura che va valutata in base a rischi-benefici I casi nel nostro Paese

zienti con forme gravi di malattia e dopo fallimenti di altre terapie. Eticamente non sarebbe possibile trattare in questo modo, e con questi rischi, persone che stanno abbastanza bene. I risultati sono straordinari, anche perché questi malati erano destinati a restare a letto o a morire. E invece camminano e conducono una vita normale».

(*elvira naselli*)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

Ecco dove l'Hiv si «nasconde» nelle cellule E come batterlo

di **Mario Pappagallo**

«È come quando entriamo in una sala cinematografica al buio. I posti più comodi magari sono quelli più lontani, ma quelli più facili da raggiungere sono vicini alla porta d'ingresso, ed è lì che ci sediamo. Così fa l'Hiv, il virus dell'Aids, entrando nel nucleo della cellula che infetta. Si inserisce nei geni vicini alla porta d'ingresso. Ecco perché le sue probabilità di nascondersi ai farmaci diventano più alte e oggi riusciamo soltanto a rallentare la progressione verso la malattia, senza eliminare l'infezione». Mauro Giacca spiega così la scoperta chiave nella lotta all'Aids pubblicata ieri su *Nature* online. Gli italiani hanno sciolto l'enigma Aids e aperto la via a nuovi farmaci vincenti. La data del 2 marzo 2015 potrebbe entrare nella storia della medicina. Nel 1981 il mondo è stato scosso dalla comparsa di una nuova malattia infettiva incurabile dalla diffusione pandemica: l'Aids. Mortale quasi al 100 per cento. Nel 1996 una

combinazione di farmaci riesce a «immobilizzare» il virus (l'Hiv) nei soggetti infettati, bloccandone lo sviluppo in malattia (sindrome immunodepressiva) senza però eradicarlo. L'infezione diventa cronica, farmaco-dipendente, e resta contagiosa. Da quando l'Hiv ha cominciato a dilagare, ha infettato quasi 80 milioni di persone (secondo stime dell'Organizzazione mondiale della sanità). Nemmeno una di queste risulta guarita definitivamente, anche se il numero di decessi è crollato. Ma solo nei Paesi sviluppati. Il costo delle cure non ha mai consentito il salto di qualità nei Paesi in via di sviluppo. Ci vorrebbe un vaccino, che ancora non si trova, o la capacità di ripulire radicalmente le cellule umane dall'Hiv. Impossibile finora, non sapendo dove il nemico si nascondesse. La risposta è arrivata da Trieste, dai laboratori dell'*International centre for genetic engineering and biotechnology* (Icgeb) diretto da Mauro Giacca. Studio condotto in collaborazione con le università di Trieste, Modena e con il Genethon di Parigi. L'Icgeb è un'organizzazione delle Nazioni unite che opera dal 1987 a Trieste, New Delhi (India) e Cape Town (Sudafrica). La nuova scoperta mostra come sia proprio l'architettura del nucleo dei linfociti (le cellule di difesa dell'organismo che diventano il cavallo di Troia dell'Hiv) e le zone che il virus sceglie per localizzarsi a favorire il suo mascheramento ai farmaci oggi disponibili. Gli scienziati hanno «fotografato» i bunker genetici dove l'Hiv si nasconde, in corrispondenza delle vie di accesso al nucleo della cellula. Scegliendo soltanto alcuni dei 20 mila geni umani per integrarsi. Ora è possibile mettere a punto nuove molecole capaci di scovarlo per eliminarlo definitivamente.

 **@Mariopaps**
© RIPRODUZIONE RISERVATA

TRIESTE

Aids, ricercatori italiani scoprono nascondiglio virus

Fotografata la struttura del nucleo dei linfociti e scoperte le "tane" dove l'Hiv si nasconde fino a diventare 'invisibile'. E' una ricerca compiuta all'Icgeb di Trieste. La scoperta avrà forti ricadute nello sviluppo di nuovi farmaci contro l'Aids. Il problema è dovuto alla proprietà del virus di inserire il proprio DNA in quello delle cellule che infetta diventando così parte del loro patrimonio genetico. Ma la ragione per cui il virus scelga soltanto alcuni dei 20mila geni umani per integrarsi e, soprattutto, come riesca all'interno di questi geni a nascondersi ai farmaci era rimasto finora un enigma.