



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



SANITA' / Se fosse rivisto il piano ospedaliero, un incarico direttamente a De Luca

Fissata l'udienza del Tar contro il Piano Polimeni

I giudici amministrativi del Tar della Campania valuteranno il ricorso il prossimo 27 settembre

Eugenio Verdini

EBOLI. Il TAR della Campania ha fissato la data di discussione nel merito del ricorso contro il piano ospedaliero Campano e contro l'atto aziendale della Asl Salerno per il 27 settembre 2017. Secondo i promotori dell'iniziativa, cioè il Comitato per la salute pubblica, si aprirebbero possibili scenari di trattative. «Possiamo tranquillamente ipotizzare - confermano gli organizzatori - che il nostro ricorso ha messo in luce tutti gli errori di stesura del Piano di Polimeni, il commissario ad acta, e

che uno dei motivi della sua defenestrazione sia stato proprio la superficialità con la quale ha affrontato le problematiche sanitarie creando scontenti e malumori tra diverse aree e comunità della Campania». Ora l'obiettivo è puntato sul presidente della Regione, Vincenzo De Luca, che riceverà direttamente dal governo l'incarico per sostituire Polimeni e potrà eventualmente attivare un confronto con i ricorrenti. «Chiederemo al Presidente della Regione un incontro, prima dell'udienza - annuncia la presidente del comitato, Rosa Adelizzi -, e porteremo al confronto alcune piattaforme sanitarie per l'area di riferimento della Valle del Sele e della Valle del Calore, su cui potremo discutere

nell'ottica di una migliore ripartizione dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri per una popolazione di circa 300.000 abitanti che è stata umiliata da scelte commissariali a dir poco scellerate. Alla data del prossimo 27 di settembre mancano ancora tre mesi, il tempo sarebbe dunque sufficiente per trovare soluzioni idonee, staremo a vedere se questo confronto sarà accettato».



Persona sin da subito: la scienza «svela» l'embrione

di Roberto Colombo

Quella riportata nell'articolo di un gruppo di ricercatori dell'Università Politecnica Federale di Losanna (Svizzera), guidato da Julien Duc e Didier Tronto, pubblicato su *Nature Genetics*, è una ricerca che segna una pietra miliare nella conoscenza del processo di formazione e sviluppo della vita umana individuale: come inizia a funzionare l'organismo di ciascuno di noi nove mesi prima della nostra nascita. È risaputo che il patrimonio genetico di un uomo o di una donna si costituisce a partire da quello dei propri genitori, il cui contributo viene trasmesso attraverso i gameti e si ritrova all'interno della prima cellula del nuovo organismo, chiamata zigote o embrione unicellulare, a seguito del processo di fertilizzazione. Il Dna dell'embrione a una sola cellula, che contiene le informazioni per lo sviluppo e il mantenimento dell'architettura del corpo umano, è un "libro chiuso" che verrà "aperto", letto, trascritto e tradotto solo successivamente, a partire da uno stadio successivo della vita embrionale, oppure inizia da subito a essere "sfolgiato" e a dirigere autonomamente il processo di formazione dell'organismo umano?

È una domanda la cui risposta non ha solo un valore puramente empirico ma riveste anche un significato antropologico in ordine allo statuto del concepito nei primissimi stadi della sua esistenza. L'identificazione di una famiglia di fattori di trascrizione del genoma, chiamata Dux, uno dei quali è espresso negli embrioni umani ancor prima del-

l'inizio delle divisioni cellulari e dell'attivazione graduale del genoma dello zigote, documenta che il "libro del Dna" inizia a essere aperto e sfogliato da subito, cioè dalla conclusione del processo di fertilizzazione. Il genoma umano dello zigote non è materiale genetico inerte – come voleva una ipotesi ormai superata – ma inizia subito a guidare lo sviluppo del corpo umano embrionale sotto lo stimolo del fattore Dux4, in grado di legarsi ai promotori dei geni che innescano l'espressione di moltissimi altri geni, senza attendere stadi successivi che precedono l'impianto nell'endometrio dell'utero materno. Questa scoperta fornisce una preziosa conferma scientifica – come ricorda l'enciclica *Evangelium vitae* (1995) – che «dal primo istante si trova fissato il programma di ciò che sarà questo vivente: una persona, questa persona individua con le sue note caratteristiche già ben determinate. Fin dalla fecondazione è iniziata l'avventura di una vita umana, di cui ciascuna delle grandi capacità richiede tempo, per impostarsi e per trovarsi pronta ad agire».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cup e Rpt dal ministro del lavoro Giuliano Poletti per sollecitare un intervento del governo

Gli ordini per l'equo compenso

Tariffe necessarie a tutela della dignità professionale

DI GABRIELE VENTURA

Ordini professionali in campo per l'equo compenso. Il Comitato unitario delle professioni e la Rete delle professioni tecniche hanno incontrato, infatti, ieri il ministro del lavoro, Giuliano Poletti, per sensibilizzarlo sulla necessità di reintrodurre dei riferimenti orientativi sui compensi dei professionisti. Mentre il 13 maggio a Roma si terrà una manifestazione organizzata dagli ordini di ingegneri, architetti, avvocati e medici odontoiatri di Roma e dall'ordine degli avvocati di Napoli per promuovere un disegno di legge che introduca il concetto di equo compenso per i professionisti. Intanto, il presidente della commissione lavoro del senato, Maurizio Sacconi, ha presentato ieri un ordine del giorno al ddl sul lavoro autonomo «con lo scopo di impegnare il governo a definire proposte a tutela del giusto compenso di tutti i lavoratori, profes-

nisti inclusi. Seguirà presto un mio ddl», conclude sul suo blog. Cup e Rpt, intanto, sono stati ricevuti da Poletti per approfondire «le distorsioni del mercato a seguito della cancellazione di ogni riferimento, a partire dal 2006 con le liberalizzazioni, anche solo orientativo sui compensi». Negli ultimi mesi, Cup e Rpt hanno affrontato la questione nell'ambito delle audizioni svolte in parlamento e nei contributi inviati a governo e parlamento. Le rappresentanze degli ordini e dei collegi hanno manifestato da subito la necessità di introdurre una disposizione nel Jobs act autonomi che conducesse alla definizione di corrispettivi economici idonei a costituire un efficace strumento di orientamento per i committenti e per i professionisti, nel rispetto dei principi di libera concorrenza e parità di trattamento. «Il testo del Jobs act del lavoro autonomo», spiega Marina Calderone, presidente del Cup, «ha avviato un dibattito politico intorno all'equo compenso

che ha portato i rispettivi presidenti delle commissioni lavoro di camera e senato, Cesare Damiano e Maurizio Sacconi, a impegnarsi attivamente al fine di tutelare di più e meglio il lavoro intellettuale. Apprezziamo che anche il ministro Poletti abbia voluto ascoltare le nostre ragioni, prendendo atto delle richieste e garantendo la massima attenzione sul tema». «È importante sottolineare», aggiunge Armando Zambrano, coordinatore della Rete, «come, ancora una volta, gli ordini e i collegi portino avanti le istanze dei professionisti, monitorando i temi argomento di dibattito in parlamento e nei ministeri, approfondendo i testi legislativi, proponendo opportune correzioni e sensibilizzando i decisori politici attraverso incontri e tavoli di confronto, per sostenere le argomentazioni a sostegno dei professionisti tecnici».

—© Riproduzione riservata—■

La sanità Sono tredici le strutture dell'Asl

Distretti sanitari cambio ai vertici ecco i direttori



L'azienda potenzia anche l'assistenza di base
5 gli ospedali di comunità

Sabino Russo

Nominati i direttori dei distretti sanitari dell'Asl. Dopo l'approvazione dell'atto aziendale, così come indicato dall'allora commissario straordinario alla Sanità campana Joseph Polimeni, il direttore generale Antonio Giordano dà il via all'affidamento degli incarichi per i distretti di Nocera Inferiore, Angri-Scafati, Sarno-Pagani, Cava-Costa d'Amalfi, Eboli, Battipaglia, Salerno, Mercato San Severino, Giffoni Valle Piana, Capaccio-Roccamare e Vallo-Agropoli. Per quanto riguarda Polla-Sala Consilina e Sapri saranno guidati dai direttori dei rispettivi ospedali.

Secondo il nuovo piano di indirizzo strategico, ricordiamo, il distretto sanitario diventa il fulcro essenziale dei processi assistenziali e consentirà all'ospedale di perdere le attuali caratteristiche generaliste e di diventare sempre più specializzato per la cura delle acuzie, delle urgenze e delle emergenze. L'Asl viene così divisa in 13 distretti sanitari, cui fanno riferimento 9 ambiti sociali, così ripartiti: all'ambito sociale S1 fanno parte i distretti Nocera, che sarà diretto da Anna Castaldo, Angri-Scafati, guidato da Roberto Giulio, e Sarno-Pagani, assegnato ad Antonio Russo; all'S2 quello Cava-Costa d'Amalfi, diretto da Francesco Perrotta; all'S3 Eboli Clara Di Nicola; all'S4 i distretti di Battipaglia, guidato da Marilyn Aloia, e Giffoni Valle Piana da Pasquale Melillo; all'S5 Salerno, retto da Vincenzo D'Amato; all'S6 Mercato San Severino, che va a Rocco Basile; all'S7 Capaccio-Roccamare, diretto da Giuseppina Arcaro; all'S8 Vallo della Lucania-Agropoli, guidato da Francesco Giovanni Lombardi; all'S9 Sapri e all'S10 Sala Consilina.

«Con la nomina dei nuovi diretto-

ri di distretto - dichiara Antonio Giordano, direttore generale dell'Asl di Salerno - si è segnata una tappa fondamentale nel processo di riorganizzazione dell'azienda. Una tappa che riguarda un ambito delicato come quello dell'assistenza sul territorio».

Quella della riorganizzazione dei distretti sanitari, però, non è l'unica novità prevista nel nuovo disegno dell'Asl previsto. Particolare attenzione, molto sentita dall'utenza anziana, viene data anche all'assistenza di base, che dovrà fare da filtro con il pronto soccorso ospedaliero. Per questo motivo l'Asl procederà all'organizzazione di forme organizzative tra medici di base, medicina generale e specialisti ambulatoriali, sia monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (Aft), così come multi-professionali (Uccp). Si opererà perché tale forma

di aggregazione sia realizzata anche per i pediatri di famiglia. L'azienda ipotizza di attivare almeno una Aft pediatrica per ciascun distretto sanitario. L'obiettivo è di coprire l'assistenza medica di base dalle ore 8 alle ore 20 dei giorni feriali e dalle 8 alle 10 del sabato. Per quanto riguarda le unità complesse di cure primarie l'Asl programmatà l'attivazione di una presso l'ospedale di Scafati, una a Buccino, una Salerno, una Roccamare, una ad Eboli, una ad Agropoli, una a Stio, una a Palinuro, una a Sant'Arsenio e una a Sala Consilina. In via sperimentale viene programmata una Uccp pediatrica presso il presidio ospedaliero di Eboli, per prestazioni ambulatoriali e a ciclo diurno.

Altra novità saranno gli ospedali di comunità, che costituiranno un presidio di degenza residenziale delle cure primarie con un numero limitato di posti letto, gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta. Ne sono previsti a Buccino, Roccamare, Sant'Arsenio, Stio e Agropoli.



Il manager Giordano
«Ora svolta efficienza nella gestione dei servizi territoriali»

Sanità

Distretti Asl, è rivoluzione: 11 nuovi dg

Salerno. Rivoluzione all'Asl, il direttore generale Antonio Giordano nomina 11 nuovi direttori generali per i distretti sanitari in cui è divisa la provincia di Salerno. Si tratta di Anna Castaldo (Nocera Inferiore), Roberto Giulio (Angri-Scafati), Antonio Russo (Sarno-Pagani), Francesco Perrotta (Cava de' Tirreni-Costa d'Amalfi), Clara di Nicola (Eboli), Marilynna Aloia (Battipaglia), Vincenzo D'Amato (Salerno), Rocco Basile (Mercato San Severino), Pasquale Melillo (Giffoni Valle Piana), Giuseppe Arcaro (Capaccio-Roccamare), Francesco Lombardo (Vallo della Lucania-Agropoli), nominati dopo una selezione interna. «Con la nomina dei nuovi direttori di distretto -ha dichiarato il dg dell'Asl Salerno, Antonio Giordano - si è segnata una tappa fondamentale nel processo di riorganizzazione dell'azienda. Una tappa che riguarda un ambito delicato come quello dell'assistenza sul territorio».

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Ddl Concorrenza: al Senato votata la fiducia

panoramasanita.it/2017/05/03/ddl-concorrenza-al-senato-votata-la-fiducia/

Fofi: L'approvazione del DdL Concorrenza è un ulteriore indebolimento del welfare.

L'Assemblea di Palazzo Madama ha approvato oggi con voti 158 favorevoli, 110 contrari e un astenuto, **l'emendamento** interamente sostitutivo del ddl n. 2085, Legge annuale per il mercato e la concorrenza, contenente anche alcune modifiche di natura tecnica al testo proposto dalla Commissione Industria, sul quale il Ministro per i rapporti con il Parlamento, Anna Finocchiaro, a nome del Governo, aveva posto la questione di fiducia. Il provvedimento torna alla Camera dei deputati. Il relatore Marino – si legge nel comunicato di seduta del 3 maggio – ha ricordato che in Commissione Industria sono stati accolti numerosi emendamenti delle opposizioni e ha condiviso l'opportunità di ridurre il tetto per l'ingresso di soci nelle farmacie. Ha richiamato gli effetti positivi delle norme sulle polizze RC auto, degli interventi sulla previdenza complementare e sulla telefonia. In tema di trasporti, ha evidenziato la necessità dell'utilizzo di piattaforme tecnologiche da parte dei taxi e di una regolamentazione delle licenze di autonoleggio. Il relatore Tomaselli, pur riconoscendo i limiti del ddl, ha negato che il superamento del regime transitorio di maggiore tutela nel settore energetico rappresenti un regalo agli oligopoli; quanto alle polizze RC auto, ha difeso la norma sui testimoni di comodo e sull'adozione delle tabelle di Milano; ha poi ricordato l'impegno assunto dal Governo su una normativa organica che valorizzi l'autoproduzione di energia e ha auspicato un intervento di regolamentazione dell'economia digitale.

Fofi: L'approvazione del DdL Concorrenza è un ulteriore indebolimento del welfare

La Federazione degli Ordini dei Farmacisti “deplora che per un provvedimento dell'importanza del DdL Concorrenza si sia ricorsi al voto di fiducia, ignorando la richiesta dei relatori di riportare il testo alla X Commissione. Il ritorno in Commissione, avrebbe consentito di correggere le criticità denunciate dagli stessi relatori e fare in modo che il tema delle liberalizzazioni, lontano dal rappresentare un nodo ideologico, diventasse realmente un reale beneficio per i cittadini. Ricorrendo alla fiducia” spiega la Fofi “sono invece rimaste inalterate tutte le negatività, da tempo denunciate dalla Federazione, di quanto disposto a proposito della distribuzione del farmaco. L'ingresso delle società di capitali nella titolarità delle farmacie, finora riservata ai farmacisti, avviene in modo difforme rispetto a quanto disposto per altre attività professionali, per esempio quella di avvocato, dove nelle società è imposta la presenza maggioritaria dei professionisti. Inoltre, non si pongono limitazioni efficaci al numero delle farmacie che ciascun soggetto economico può possedere, aprendo la strada alla costruzione di posizioni dominanti se non di veri e propri oligopoli: l'opposto di quanto dovrebbe realizzarsi con la concorrenza. Attualmente il limite del 20% a livello regionale consente a soli cinque soggetti il possesso di tutte le farmacie a livello nazionale. Vista la debolezza del settore, testimoniata dai sempre più frequenti fallimenti delle farmacie e dalla crescente disoccupazione tra i farmacisti, non sarà nemmeno necessario arrivare a tanto. In base alle analisi di IMS Health, a una società è sufficiente possedere 5000 farmacie per controllare più dell'80% del mercato. Uno scenario che in altri paesi ha condotto alla sparizione dei presidi nelle zone meno centrali ed economicamente sfavorite, a danno dei cittadini. Questo scenario, per inciso, vedrebbe anche una situazione di gravissima difficoltà per i farmacisti che hanno scelto di avviare un esercizio di vicinato, credendo alla bontà di un'altra liberalizzazione condotta con scarsa considerazione della natura del servizio farmaceutico, ora criticata anche da esponenti del partito che la propose. Si deve poi sottolineare che mentre il professionista è tenuto ad agire in osservanza di un codice deontologico, che pone la salute del paziente al primo posto, le società di capitali non sono tenute ad alcuna deontologia, e il disegno di legge non prevede una tutela del professionista che non segua logiche aziendali ma scienza e coscienza, a salvaguardia del paziente. A questo si aggiunge un'altra grave

professionisti, come invece è stato fatto per l'Ente di previdenza dei medici nel 2004. In definitiva, il DdL interviene su un settore che appartiene alla sfera della tutela della salute come se si trattasse di un'attività puramente commerciale, trascurando che le farmacie sono da sempre un presidio sanitario. Un atteggiamento che contraddice quanto previsto dai nuovi LEA e dall'atto di indirizzo per il rinnovo della Convenzione, che affidano alla farmacia un ruolo ancora più centrale nell'assistenza del paziente sul territorio. L'ultima cosa di cui la sanità italiana, e il paese nel suo complesso, hanno bisogno è" conclude la Fofi "l'ulteriore indebolimento della rete del welfare a vantaggio di dinamiche estranee alla tutela della salute previsto da questo provvedimento".

© 2017 Panorama della Sanità. All Rights Reserved.

quotidiano **sanità**.it

Mercoledì 03 MAGGIO 2017

Aifa e Medicina Generale: riprende il dialogo sui Piani Terapeutici

Il DG dell'Aifa Mario Melazzini ha incontrato oggi i rappresentanti della Fimmg per riprendere un confronto sulla sperimentazione dei Piani Terapeutici Web Based, affidati ai medici di Medicina Generale. I medici hanno presentato un loro documento dove si sottolinea come "L'uso appropriato dei farmaci è anche una delle condizioni essenziali per contenere la spesa farmaceutica (pubblica e privata) entro i limiti della sostenibilità economica della società e in particolare del Ssn".

Si è tenuto oggi a Roma l'incontro del gruppo di lavoro Aifa-Fimmg, per discutere quale contributo possano dare i medici di famiglia ad una corretta gestione dei farmaci nel Ssn. Alla riunione hanno partecipato il DG dell'Aifa **Mario Melazzini**, affiancato dai suoi collaboratori, e **Fiorenzo Corti** e **Walter Marrocco** per la Fimmg.

I rappresentanti della MG hanno sintetizzato in un documento il ruolo del medico di Medicina Generale nella gestione della salute dei pazienti, in particolare dei cronici, sottolineando come questo possa migliorare l'assistenza e, allo stesso tempo, ridurre i costi della spesa farmaceutica.

Di seguito il documento presentato nella riunione di oggi da Fiorenzo Corti e Walter Marrocco (Fimmg):

Il farmaco è un importante e irrinunciabile strumento tecnologico per la cura, prevenzione, riabilitazione e diagnosi dei pazienti. L'uso appropriato dei farmaci richiede un adeguato livello di conoscenze tecnico-scientifiche, di competenze professionali e di consapevolezza del rapporto rischio-beneficio e costo-beneficio da parte di chi li prescrive (medici), li dispensa (farmacisti) e li utilizza (personale sanitario e pazienti).

L'uso appropriato dei farmaci è anche una delle condizioni essenziali per contenere la spesa farmaceutica (pubblica e privata) entro i limiti della sostenibilità economica della società e in particolare del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il Medico di Medicina Generale (MMG) è uno dei principali attori della gestione dei farmaci a beneficio dei pazienti. Come erogatore di assistenza di primo livello, il MMG è direttamente implicato nella scelta appropriata e nell'utilizzo efficiente della maggior parte dei farmaci. Inoltre, avendo la tutela complessiva della salute dei pazienti che a lui si affidano, al MMG è anche richiesto di gestire le terapie farmacologiche prescritte da specialisti ambulatoriali e ospedalieri, garantendo la continuità delle cure in un'ottica di condivisione responsabile di obiettivi e di strumenti.

Sosteniamo come la MG abbia sempre, e ancor più oggi, voluto dare il suo fondamentale contributo all'uso del bene farmaco, ponendosi a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale e ottenendo importanti risultati, vedi i dati OSMED pubblicati da AIFA, che evidenziano attenzione ai bisogni del paziente e ai bisogni di sostenibilità del sistema anche, attraverso il rispetto delle decisioni regolatorie. Intendiamo però sottolineare con forza come la sostenibilità economico-finanziaria del Servizio Sanitario Nazionale e le relative implicazioni in termini di accesso al farmaco non possano limitarsi al mero aspetto contabile, al solo scopo di valutare e monitorare il costo dei farmaci, ma soprattutto debbano guardare con attenzione al "tipo" e alla "quantità" di salute che, con l'accesso al farmaco, si possa produrre: in base a queste valutazioni potrà essere ricavato l'orientamento terapeutico.

Per proporre un orientamento sulle principali linee prescrittive dedicate a obiettivi di salute in assistenza primaria, riteniamo pertanto necessario valorizzare un approccio olistico al bene farmaco, con una piena valorizzazione della MG, che passi attraverso un'analisi comparata dei costi globali di gestione delle patologie in esame, principalmente le patologie croniche. La partecipazione della MG all'analisi del profilo

alternative terapeutiche disponibili, grado di innovatività esistente, valutazione dell'efficacia reale, eventuale progetto di risk management), può rappresentare un valido ausilio per il medico prescrittore nella scelta terapeutica da adottare, con l'obiettivo di promuovere e tutelare la salute dei propri assistiti pur nel rispetto di una adeguata valutazione costo-benefico.

Tutto questo si dovrà realizzare nella presa in cura dei pazienti, in particolare quelli affetti da patologie croniche, ambito affidato dalle norme vigenti alla MG, attraverso la possibilità di prescrivere i farmaci nel rispetto delle norme regolatorie di garanzia per il paziente (vedi Piani Terapeutici, ecc), senza però discriminazione del prescrittore, se non per particolari ambiti. Vedi in particolare il PNC (Piano Nazionale Cronicità), che identifica il MMG come l'attore primario della presa in carico del paziente affetto da Cronicità, impedendone la frammentazione della cura globale. La MG è, inoltre, in grado di produrre dati epidemiologici, misure su indicatori di processo e di esito in riferimento alle patologie territoriali e alla attività assistenziale svolta. In particolare possono essere fornite informazioni di dettaglio sulle relazioni tra scenari epidemiologici, quadri clinici, eventi prescrittivi ed assunzioni di farmaci.

Da qualche tempo la MG dispone infatti di una piattaforma di aggregazione e archiviazione di dati in cloud estratti dai gestionali ambulatoriali, funzionale ai sistemi di rete professionale, attraverso cui vengono offerti al medico servizi di audit e benchmarking orientati al miglioramento delle performance professionali, da cui possono derivare fondamentali informazioni su dati aggregati da poter condividere anche con i livelli istituzionali. Riteniamo quindi fondamentale la collaborazione della MG con l'AIFA che in sintesi si potrebbe così sviluppare: In un ottica di costo-beneficio assegnare ai farmaci: valore clinico - sicurezza - adattabilità di uso in MG - valutazioni di HTA.

La MG potrà così dare consigli in merito all'opportunità di prescrivere prodotti nelle cure primarie in accordo con la buona pratica clinica, con particolare attenzione alla sicurezza dei pazienti, di produrre un orientamento sulle principali questioni di prescrizione per le cure primarie e di definire, attraverso una maggiore appropriatezza d'uso dei farmaci, una maggiore collaborazione tra il MMG e lo specialista per consentire un'ottimale cura del paziente, anche attraverso la partecipazione agli stessi strumenti regolatori utilizzati nel momento prescrittivo, vedi Note, Piani Terapeutici e Registri.

Riteniamo di dover proporre ambiti operativi immediati che, per il livello di analisi e di decisioni già avanzate possano essere da subito temi dell'istituendo Gruppo della MG in AIFA. Ci riferiamo nello specifico all'attuazione del Progetto dell'uso dei PPTT in MG, che potrebbe svilupparsi, in fase iniziale su almeno due ambiti, tra quelli già individuati: BPCO, Anticoagulanti Orali di nuova generazione, Incretine.

IL RAPPORTO Tra dieci anni in ogni famiglia italiana ci sarà un soggetto a rischio. Il fattore obesità non va sottovalutato

Il barometro del diabete? Un invito alla prevenzione

Secundo il recente rapporto Diabetes Atlas dell'International Diabetes Federation, il diabete causa 73 morti al giorno in Italia, quasi 750 in Europa. Il dato è tanto più allarmante se si considera che gli italiani che soffrono di diabete sono circa l'8% della popolazione adulta. Inoltre, tenendo conto della correlazione tra diabete e obesità - malattia spesso sottovalutata che nel nostro Paese colpisce 4-5 abitanti su 10 - e del loro trend di aumento negli ultimi anni, possiamo definire diabete e obesità come una pandemia, con serie conseguenze per gli individui e la società in termini di riduzione sia della qualità della

vita, e notevoli ricadute economiche. «Si tratta un'emergenza sanitaria che necessita di una attenzione specifica da parte dei decisori politici, affinché considerino in tutta la sua gravità questo fenomeno», spiega Renato Lauro, presidente Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation che ha presentato la decima edizione dell'Italian Diabetes & Obesity Barometer Report, dal titolo "Facts and figures about type 2 diabetes and obesity in Italy" e che da quest'anno vede per la prima volta la sinergia con l'Istat. «Il diabete è decisamente una patologia "sociale" dal momento che, per la sua elevata prevalenza, coinvolge di fatto la popolazione intera», dice Domenico Cu-

cinotta, coordinatore Italian Barometer Diabetes Report e direttore del dipartimento di medicina clinica e sperimentale dell'Università di Messina.

La tendenza

Nel nostro Paese infatti considerando i più di 3,5 milioni di persone con diabete noto, i circa 1,5 milioni che non sanno di averlo e i 4,5 milioni con prediabete, ne risulta che quasi 10 milioni di italiani devono fare i conti o sono comunque destinati a fare i conti con questa patologia e a questi vanno aggiunti i loro familiari. Tra 10 anni, in ogni famiglia italiana vi sarà una persona con diabete o un soggetto prediabete. Il Barometer report offre una analisi approfondita dell'impatto di

diabete e obesità nel mondo, in Europa e in Italia. Nel mondo sono 415 milioni le persone affette da diabete, 1 su 11, e sono 5 milioni i morti all'anno per cause legate al diabete, uno ogni 56 secondi. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il 58% dei casi di diabete mellito è attribuibile all'obesità.



Sanità24

INFERMIERE DI FAMIGLIA: UN NUOVO MODELLO DI ASSISTENZA SUL TERRITORIO

di Ipasvi

Dopo le polemiche delle ultime settimane sul ruolo, la funzione e la necessità della figura dell'infermiere di famiglia, in un editoriale-primo piano sul sito della Federazione Ipasvi (www.ipasvi.it) la presidente Barbara Mangiacavalli fa il punto della situazione e spiega il perché questa figura fa parte dei nuovi modelli di assistenza sul territorio legati soprattutto all'aumento delle cronicità e non autosufficienze.

«L'infermiere cosiddetto “di famiglia” – spiega Mangiacavalli - in realtà è quell'infermiere che si occupa, il più delle volte unica figura nel campo assistenziale, dei bisogni dei cittadini che una volta fuori dell'ospedale sono spesso abbandonati a se stessi dal punto di vista dell'assistenza – si noti bene: non della diagnostica e terapia a cui pensa il medico di base, ma dell'assistenza, di quei bisogni cioè h24 per cui il paziente è di fatto solo – e se ne occupa con piena soddisfazione degli utenti visto che secondo una recentissima indagine Censis l'85% dei cittadini dichiara di fidarsi di noi e la fiducia aumenta oltre il 90% negli ultrasessantacinquenni».

«L'infermiere di famiglia – aggiunge - non è una invenzione nuova, ma una realtà ormai consolidata in molte Regioni d'Italia e non solo del Nord. E ancora di più non rendersene conto fa capire che il senso del cosiddetto infermiere di famiglia non è stato assolutamente colto nel momento in cui si confonde il ruolo dell'infermiere con quello del medico, dandone un'interpretazione assolutamente limitata e riduttiva».

«Nessuno, sottolineo nessuno – afferma ancora Mangiacavalli - ha mai affermato che l'infermiere di famiglia sostituisce il medico nel momento della necessaria diagnosi e terapia. Non lo vogliamo neppure noi e non ci interessa. Semmai il suo intervento, che rientra nella medicina di iniziativa oggi chiesta a gran voce per far funzionare il Servizio sanitario nazionale e la prevenzione sul territorio, si innesca nel momento in cui il paziente va necessariamente seguito e va seguito a domicilio dove solo l'infermiere può andare in modo continuativo, controllando – e nel caso interpellando il medico – che tutto proceda per il meglio».

«Non si strumentalizzano – conclude la presidente Ipasvi -, come invece purtroppo ancora si assiste, dati di fatto come il triage, l'emergenza, l'assistenza agli anziani sul territorio, la continuità assistenziale offerta dagli infermieri e soprattutto le loro capacità provate e testimoniate oltre che dall'esperienza e dagli stessi pazienti da corsi universitari che certificano e testimoniano, ancora una volta, le capacità degli infermieri. Non si possono né si devono utilizzare modelli di assistenza ormai consolidati per cercare di tirare acqua a un mulino che di fatto è stato abbandonato da tempo perché operava con modalità ormai obsolete».

Sanità24

CERTIFICATI: L'INPS SEGNERÀ I MEDICI CHE NON TRASMETTONO ONLINE

Redazione DottNet | 03/05/2017 17:59

Stretta anche sui rientri: chi torna al lavoro in anticipo dovrà presentare un nuovo certificato

L'Inps stringe sui certificati di malattia inasprendo le sanzioni a medici e lavoratori sui certificati di malattia. I camici bianchi che ignorano la trasmissione online, d'ora in poi saranno segnalati alle Asl per l'adozione dei provvedimenti disciplinari (che arrivano al licenziamento). I lavoratori che omettano di presentare un nuovo certificato per il rientro anticipato al lavoro saranno sanzionati come per le assenze alle visite di controllo (50/100% dell'indennità). L'Inps, come ricorda Italia Oggi, avverte così le aziende dai rientri anticipati dei dipendenti.

Precise le istruzioni dell'istituto di previdenza sociale che riguardano i certificati: i medici devono assolutamente trasmetterli all'Inps e al datore di lavoro. Nonostante le norme siano chiare, l'Inps segnala diversi casi di inadempienza. Previste quindi sanzioni per chi non chiederà la rettifica del certificato in caso di rientro anticipato sul posto di lavoro. L'Inps su questo punto mette in guardia le aziende che si assumono la responsabilità del rientro del dipendente con un certificato che segnala ancora una prognosi in corso. Il datore di lavoro infatti deve tutelare l'integrità fisica del dipendente. Può accettare il rientro solo nel caso in cui il dipendente chieda al medico la rettifica del certificato attestandone la guarigione e quindi la possibilità di un rientro immediato in azienda.

Sanità24

LA REALTÀ VIRTUALE NELLA SINDROME DI DOWN

Medical Information Dottnet | 03/05/2017 10:30

L'innovazione tecnologica come valido aiuto per migliorare l'apprendimento motorio.

La sindrome di Down (DS) o trisomia 21 presenta delle caratteristiche fisiche, motorie e cognitive uniche ed è considerata uno dei principali responsabili delle difficoltà di apprendimento nei bambini, con un'incidenza di un neonato su 750. Le alterazioni che si riscontrano nei soggetti affetti riguardano spesso problemi funzionali e la capacità di compiere attività quotidiane in modo autonomo nella vita adulta. Far luce sull'apprendimento motorio non è un solo un interesse scientifico teorico ma si pensa possa avere importanti implicazioni terapeutiche per i pazienti con DS. Diversi gruppi di ricerca si sono occupati di ciò sviluppando dei metodi di indagine sempre più innovativi in grado di confrontare le attività individuali, in funzione del tempo, in un ambiente "reale" fino ad arrivare, oggi, alla realtà virtuale. Valutare le potenzialità della realtà virtuale sembra essere doveroso a fronte dell'utilizzo sempre più massivo della tecnologia assistita dal computer e dello sviluppo di numerosi programmi di riabilitazione basati su ambienti che simulano la realtà. Sono stati così messi a punto degli strumenti per valutare le performance dei soggetti DS in ambienti virtuali riprodotti grazie a dei computer che offrono un feedback visivo e uditivo e facilitano l'analisi dei tempi di attività. La riproduzione di una realtà virtuale che sfrutta immagini 3D è attualmente parte integrante di diversi dispositivi e rappresenta il futuro nella tecnologia che mira a promuovere l'indipendenza e la funzionalità degli individui affetti da DS per aiutarli a superare le loro sfide quotidiane.

Nonostante i problemi cognitivi e motori, c'è quindi la possibilità di intervenire per migliorare la qualità della vita degli individui affetti grazie ad un maggiore interesse nello studio dei meccanismi alla base dell'apprendimento motorio.

In tale ambito il lavoro di de Mello Monteiro CB et al. si è proposto di studiare la capacità di apprendimento motorio nei soggetti DS in un modello di realtà virtuale non immersiva. L'idea di base è che i pazienti DS potrebbero migliorare i loro tempi di coincidenza di movimento durante le acquisizioni 3D, mantenere la performance per memorizzarla e riprodurla incrementando la velocità.

Hanno partecipato allo studio 40 soggetti, di cui 20 volontari sani e 20 pazienti DS, confrontati tenendo conto dell'età e del sesso. I risultati hanno riportato che tutti gli individui coinvolti migliorano le performance nel lavoro virtuale e, soprattutto, è possibile osservare una maggiore differenza rispetto all'inizio nei pazienti con DS che partono con performance peggiori. Inoltre i soggetti sono risultati capaci di immagazzinare e riprodurre una performance in tempi minori.

Dallo studio emerge, quindi, che i soggetti DS sono in grado di apprendere dei movimenti da esempi virtuali anche se con tempistiche diverse rispetto agli individui sani.

Sebbene DS determini alterazioni che coinvolgono le azioni esplorative, le abilità motorie-percettive e le strategie di movimento, i dati indicano una nuova via per migliorare le attività delle persone affette da DS grazie all'uso di una realtà virtuale non immersiva, e incoraggiano così il suo utilizzo in programmi di riabilitazione motoria.

Sanità24

DDL CONCORRENZA: DAL SENATO OK AL VOTO DI FIDUCIA. ECCO IL TESTO

L'Aula del Senato dà il via libera al disegno di legge di conversione del decreto sulla Concorrenza per il quale il governo ha chiesto il voto di fiducia, con 158 sì, 110 no e un astenuto. Il provvedimento tornerà alla Camera in terza lettura.

Era stata la ministra per i Rapporti con il Parlamento Anna Finocchiaro a chiedere a nome del Governo il voto di fiducia per il disegno di legge di conversione del decreto sulla concorrenza. E come deciso dalla Conferenza dei capigruppo, le dichiarazioni di voto sono iniziate alle 15 mentre dalle 16,40 è iniziata la chiama dei senatori per la votazione sulla fiducia.

Nella bozza di maxi emendamento non ci sono particolari modifiche rispetto al testo approvato dalla commissione Industria lo scorso 2 agosto, se non qualche spostamento di date, tra cui il rinvio di un anno (da luglio 2018 a luglio 2019) dello stop al mercato tutelato dell'energia elettrica e del gas e di tre mesi (da giugno a settembre 2017) del monopolio di Poste sull'invio di multe e notifiche. Dopo l'ok di Palazzo Madama il provvedimento dovrà poi tornare alla Camera.

«Il Ddl concorrenza è un asse portante della strategia riformista del Governo», ha dichiarato il sottosegretario allo Sviluppo economico, senatore Antonio Gentile. «La lunghezza e le difficoltà del suo percorso parlamentare – ha aggiunto – sono un segno della complessità e della vastità delle tematiche che il Ddl affronta». Infatti, «nel Ddl concorrenza ci sono misure che intervengono in profondità nella nostra economia. Norme che producono e produrranno cambiamenti di vasta portata». Gentile ha ricordato che «il provvedimento, nella versione approvata dalla Commissione, contiene 74 articoli che intervengono su svariate materie. Il disegno di legge non è un punto di arrivo ma un punto di partenza, a cui dovranno far seguito ulteriori misure. La discussione ha subito pesanti ritardi anche a causa della resistenza dei molti interessi colpiti. Ma alla fine la sua approvazione da parte del Senato rappresenta la prova che la politica, quando vuole, decide». Conclude Gentile: «Il Governo crede nella concorrenza e crede in questo provvedimento. Confido quindi nella sua rapida approvazione».

Gli articoli che riguardano la sanità sono quelli dal 57 al 60

I paletti per gli ambulatori odontoiatrici

All'articolo 57 che riguarda l'esercizio dell'attività odontoiatrica, si stabilisce che tale attività è consentita esclusivamente a soggetti in possesso dei titoli abilitanti, o a società operanti nel settore odontoiatrico in cui il direttore sanitario sia iscritto all'albo degli odontoiatri. E si sancisce tra l'altro l'impossibilità di assumere più di una direzione sanitaria.

Le strutture sanitarie polispecialistiche presso le quali è presente un ambulatorio odontoiatrico, in cui il direttore sanitario non abbia i requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività odontoiatrica, devono nominare un direttore sanitario responsabile per i servizi odontoiatrici che sia in possesso dei requisiti richiesti. Il direttore sanitario responsabile per i servizi odontoiatrici può svolgere tale funzione esclusivamente in una sola struttura. Il mancato rispetto degli obblighi comporta la sospensione delle attività della struttura, secondo le modalità definite con apposito decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni.

Cosa cambia in farmacia

All'articolo 58 si trovano le misure per incrementare la concorrenza nella distribuzione farmaceutica. Le società di capitali potranno essere titolari dell'esercizio della farmacia privata, oltre alle persone fisiche, alle società di persone e alle società cooperative a responsabilità limitata. La partecipazione a tali società è incompatibile con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica. La direzione della società dovrà essere assunta da un farmacista socio in possesso del requisito dell'idoneità. Abrogato il tetto massimo di quattro farmacie nella stessa provincia per la titolarità in capo a un'unica società. Ma i titolari di una stessa società non potranno controllare più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della stessa regione o provincia autonoma e l'Autorità garante della concorrenza e del mercato vigilerà sul rispetto di questa disposizione.

Nei comuni con popolazione inferiore a 6.600 abitanti, in cui le farmacie, non sussidiate, risultano essere soprannumerarie per decremento della popolazione, è consentita al farmacista titolare della farmacia, previa presentazione di apposita istanza, la possibilità di trasferimento presso i comuni della medesima regione ai quali spetta un numero di farmacie superiore al numero di farmacie esistenti nel territorio comunale, sulla base di una graduatoria regionale per titoli, che tenga conto anche dell'ordine cronologico delle istanze di trasferimento presentate, e che si perfezioni in data anteriore all'avvio della procedura biennale del concorso ordinario per sedi farmaceutiche.

Sui medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in strutture ad esso assimilabili si stabilisce che sono forniti dai produttori e dai grossisti direttamente alle strutture autorizzate a impiegargli o agli enti da cui queste dipendono, ovvero alle farmacie.

Liberalizzati gli orari di apertura e chiusura delle farmacie. Gli orari e i turni di apertura e di chiusura delle farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale stabiliti dalle autorità competenti costituiscono il

livello minimo di servizio che deve essere assicurato da ciascuna farmacia. È facoltà di chi ha la titolarità o la gestione della farmacia di prestare servizio in orari e in periodi aggiuntivi rispetto a quelli obbligatori, purché ne dia preventiva comunicazione all'autorità sanitaria competente e all'Ordine provinciale dei farmacisti e ne informi la clientela mediante cartelli affissi all'esterno dell'esercizio.

Il grande paradosso di un'allerta ignorata

Ritardi e governance nel caos boicottano le cure

Spetta al Ssn ricomporre i percorsi assistenziali

Assistiamo a un assurdo: tutti sanno che prevenire e gestire le patologie croniche è la principale strategia da attuare per garantire il più alto livello di salute della popolazione, ed è anche la prima ricetta per la sostenibilità "economica" del Ssn. Non a caso: le malattie croniche in Europa si stima siano responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria valutabile intorno ai 700 miliardi di euro l'anno. Sappiamo che far fronte alla cronicità è la sfida di questi anni. Eppure, nonostante sia stato approvato da ormai sette mesi, sembra che il «Piano nazionale della cronicità» fatichi a essere calato nella pratica assistenziale quotidiana e ciò ha delle ricadute enormi, come mostrato dal XV Rapporto CnAmc di Cittadinanzattiva. E fintantoché il Ssn non affronterà questa emergenza in modo chiaro, nei tempi e nel modo giusto, attraverso la medicina d'iniziativa, l'integrazione, la continuità dell'assistenza e i Pdta, le persone e il Paese continueranno a vivere questo paradosso. Una situazione di stallo, tanto più grave in una fase difficile come l'attuale, con il Def che per il 2019-2020 annuncia una discesa del rapporto tra spesa sanitaria e Pil al 6,4%, al di sotto della soglia minima del 6,5% indicata dall'Oms.

A oggi soltanto due Regioni hanno recepito il Piano nazionale cronicità: Umbria e Puglia. Alcune Asl sono andate più avanti, altre Regioni hanno previsto soltanto la formazione per i Mmg; altre, come la Lombardia, hanno un modello tutto loro. In sintesi, il Piano è attuato in ordine sparso. La prima causa è la mancata istituzione della Cabina di regia, che dovrebbe non solo essere la macchina della governance cui far partecipare il ministero, le Regioni e le associazioni di pazienti, ma anche l'organismo di monitoraggio del recepimento formale e sostanziale del Piano.

Altro tassello cruciale è il "Pon Gov cronicità e sanità digitale 2016-2023", che dovrebbe contribuire a creare l'infrastruttura informatica per l'attuazione del Piano e quindi della presa in carico integrata della persona con patologia cronica: però resta chiuso nei cassetti delle istituzioni. Sono 21 milioni che dovrebbero essere ripartiti tra le Regioni e sui quali si conta molto.

Incomprensibilmente, si va a rilento. Sono risorse fondamentali, anche considerando che il Piano è isorisorso.

Sulla gestione della cronicità non si riuscirà ad andare avanti, finché si procederà con atti di programmazione che fanno fatica a integrarsi. Invece dobbiamo far interagire, ad esempio, il Piano cronicità con i nuovi Lea, con i rinnovi delle convenzioni (Mmg, Pls, farmacie), per raggiungere una coerenza tra gli attori, in un modello di territorio che sia integrato. La priorità va assegnata alla convenzione dei Mmg e dei Pls, che devono avere ed esercitare concretamente un ruolo nella presa in carico. Ed è importante, a questo proposito, che il "rapporto di fiducia" resti. Vanno bene la medicina di gruppo, le aggregazioni professionali, ma non si perda di vista il rapporto del singolo medico con il paziente, un patrimonio della medicina di famiglia da non depauperare. Il Mmg e il pediatra di libera scelta dovranno riservare più tempo alla cura e all'ascolto e meno alla burocrazia "evitabile".

Anche la retribuzione dev'essere rivista: in considerazione della futura carenza dei Mmg, e quindi di un aumento degli assistiti per singolo Mmg, bisognerà orientare meglio la retribuzione sulla quota variabile, spingendo il camice bianco a investire anche sulla propria organizzazione dell'assistenza di studio, con la presenza di altri medici, personale infermieristico e altre professioni sanitarie. Ritengo importante che la retribuzione sia ancorata al miglioramento della capacità di risposta ai bisogni della persona, alla capacità di star dentro gli obiettivi della programmazione regionale, di raggiungere determinati esiti di salute, e alla capacità, anche, di sottostare a una valutazione civica dei servizi da parte delle organizzazioni dei cittadini, così come già avviene per le strutture del Ssn. In più, il territorio presenta una serie di gap: innanzitutto in termini di informazioni sulle sue performance. Poi, voglio ricordare come manchino ancora gli standard di assistenza territoriale, a differenza di quello che è stato fatto per l'ospedale.

Quanto all'informaticizzazione, che mostra il fianco anche nei dati che emergono dal Rapporto CnAmc-Cittadinanzattiva, è interessante il suggerimento che arriva dal nuovo regolamento europeo sulla privacy. L'indicazione che dà è di pensare sempre più e sin dall'inizio a servizi sanitari digitali attraverso un "co design" con le associazioni di cittadini e di pazienti, che subito chiariscano desideri e bisogni, anche rispetto alla tutela della riservatezza che è un elemento fondamentale. Il confronto e l'ascolto iniziale evitano infatti blocchi e rallentamenti successivi nel processo di informaticizzazione del Ssn, che oggi è fonda-

mentale per poter parlare a pieno titolo di "percorsi". Non otterremo dei Pdta reali, completi ed esigibili, se non avremo realizzato un'infrastruttura informatizzata che realizzi in pratica l'integrazione. Ancora: c'è necessità di semplificare gli oneri burocratici, sia sui Piani

terapeutici che sull'invalidità civile. È importante non produrre una semplificazione che complichino, anche ripensando il ruolo di alcune figure. Quanto a possibili revisioni di ruoli degli attori in campo, la semplificazione potrebbe tradursi anche in una capitalizzazione delle figure esistenti, senza aggravare di costi, spostamenti e perdita di energie pazienti e famiglie. Ad esempio, siamo sicuri che un rinnovo di piano terapeutico non possa essere svolto direttamente da Mmg o dal Pls, evitando al cittadino di andare sempre in ospedale? Ci sono farmaci che oggi sono prescritti solo da specialisti e che domani potrebbero essere prescritti anche da Mmg e Pls? Infine, ma non certo in ordine d'importanza: non è più ammissibile che spetti ai pazienti cronici ricomporre il percorso dell'assistenza. Per assicurare percorsi di cura reali ed esigibili per tutti: deve essere direttamente il Ssn a prenotare esami, visite e prestazioni di controllo per il cittadino con malattia cronica o rara e a garantirli in tempi certi.

Questo è anche il primo passo per favorire e garantire l'aderenza terapeutica, una migliore qualità di vita, una più efficiente organizzazione dei servizi. E ciò deve valere in tutta Italia: non solo in Emilia Romagna, dove accade da tempo, o nel Lazio, dove è appena stato introdotto questo modello.

Tonino Aceti

Coordinatore nazionale
del Tribunale per i diritti del malato -
Cittadinanzattiva (Tdm)
responsabile nazionale

Coordinamento nazionale delle Associazioni
dei Malati cronici (CnAmc)

© RIPRODUZIONE RISERVATA