



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Ascalesi, c'è un topo in corsia Chiusa la radioterapia

Il ratto trovato sotto il soffitto, malati di cancro rispediti a casa

Il caso

NAPOLI Pazienti oncologici rispediti a casa, nonostante fossero in ospedale per effettuare una seduta di radioterapia già programmata. È successo ieri all'ospedale Ascalesi (nel cuore del centro storico di Napoli) e il motivo per il quale le sedute sono state sospese fa gelare il sangue: la presenza di un topo morto nella controsoffittatura del reparto.

Lo stop alle terapie è scattato quando il fetore della carcassa in decomposizione ha allarmato i medici, che a loro volta hanno informato la direzione sanitaria. La verifica dei tecnici della Asl Napoli 1 Centro ha poi portato alla terribile conferma, seguita da una nota del direttore generale con la garanzia che la «direzione sanitaria del plesso è subito intervenuta per la rimozione della carcassa accertando anche prioritariamente che le condotte areauliche non sono state interessate dal problema».

Nella stessa nota la Asl ha fatto sapere di aver programmato per ieri la bonifica e disinfezione della controsoffittatura e dei locali interessati. Aggiungendo che «le visite cliniche non sono state interrotte, in quanto effettuate presso altro ambulatorio medico». Ma di certo, e anche la Asl lo ammette, per ragioni igienico-sanitarie e per consentire la disinfezione, sono state sospese le terapie radianti. Così, mentre dalla Asl rassicurano che il servizio sarà regolarmente in funzione da oggi, nei corridoi dell'ospedale prevale il disgusto e la rabbia dei pazienti e dei loro familiari.

«Non posso credere - dice

Chiara (in ospedale per un suo familiare) - che si arrivi a dover chiudere la radioterapia a causa di un topo morto nella controsoffittatura. Per me possono anche riaprire, ma non credo che tornerò qui se dovrò curarmi. Come posso mettere la vita della mia famiglia e la mia nelle mani di una struttura simile».

Un uomo, visibilmente arrabbiato per la situazione, non usa mezzi termini: «Sono degli irresponsabili - dice - io mia madre la porto qui per fare la radioterapia. Com'è possibile che ci sia un topo morto».

Per nulla sorpresi sembrano invece gli infermieri, che all'Ascalesi ci lavorano da tempo: «Un topo nel reparto di radioterapia? C'era da aspettarselo, quest'ospedale è vecchio, cade a pezzi» dice uno di loro. E, tra gli addetti ai lavori, c'è chi recrimina per la «continua condizione di emergenza nella quale il personale è costretto a lavorare». Un altro camice bianco si giustifica: «La struttura è quella che è, noi non possiamo farci nulla. Lavoriamo per curare le persone, queste cose non dipendono dal nostro impegno».

Un concetto che i pazienti e i loro familiari sembrano conoscere bene. La difesa dei medici è strenua. «I dottori - commenta Rosaria - sono molto bravi, non ho mai avuto problemi».

Al di là della rabbia, ieri si è anche creata un po' di confusione, perché le visite cliniche sono state spostate in un altro ambulatorio. «Da questa mattina ricevo indicazioni che non sono mai complete - racconta Anna - nessuno sembra sapere che fine dobbiamo fare». Intanto, sempre ieri, il consigliere regionale dei Verdi (e componente della Commissione sanità), Francesco Saverio Borrelli, ha annunciato di voler chiedere l'avvio di un'indagine

interna, necessaria per capire come si sia arrivati a tanto. «Ora stiamo parlando di topi morti - sottolinea Borrelli - ma in precedenza abbiamo denunciato formiche che ricoprivano una paziente al San Paolo o l'emergenza zanzare e scarafaggi al San Giovanni Bosco. La sanità campana può contare su eccellenze uniche in Italia e nel Mondo e deve poter contare su strutture che siano pulite».

Raffaele Nespoli

La vicenda

● Un topo morto è stato scoperto nel controsoffitto della radioterapia dell'Ascalesi. La direzione sanitaria è subito intervenuta per la rimozione accertando anche che le condotte areauliche non sono state interessate dal problema

● La Asl ha fatto sapere di aver già ieri programmato la bonifica e disinfezione della controsoffittatura e dei locali interessati

ABUSI IL DOSSIER

Le notti delle guardie mediche tra botte, minacce e vandalismi «Al lavoro con marito e papà»

L'Ordine: ambulatori più sicuri o andranno chiusi



Sono stata vittima di un tentativo di violenza sessuale: ero terrorizzata, non so spiegarmi come ho fatto a resistere



Mi chiamò un pregiudicato e poi mi telefonarono i carabinieri: «Dottorressa, negare l'intervento a certe persone è rischioso»



Ho lasciato questo lavoro perché non è sicuro: non posso continuare a farmi accompagnare, questa non è vita

di **Giulio Fasano**

L'ultimo caso in provincia di Bari. Un paziente con problemi psichici è diventato stalker di una dottoressa della guardia medica che ha dovuto subire mesi di persecuzioni e minacce e, in un'occasione, anche atti sessuali (è stato poi arrestato il 14 novembre). È andata peggio a Serafina Strano, anche lei dottoressa della guardia medica, stuprata in un ambulatorio della provincia di Catania il 19 settembre scorso. «Alle istituzioni — disse lei subito dopo l'aggressione — dico: io sono stata violentata anche da voi».

E poi in Sardegna. A giugno un'infermiera è stata letteralmente sollevata e scaraventata contro un muro da un paziente in un centro di salute mentale, a Quartu. Il 20 ottobre, invece, in un presidio medico di Assemini (Cagliari) la dottoressa Ilaria Vannucci si è fratturata il braccio per deviare il computer che un utente le aveva tirato in testa perché non aveva prescritto all'istante il farmaco che lui voleva.

Fare il medico, soprattutto negli ambulatori di periferia, è diventato un mestiere pericoloso. Specie per le donne. Ten-

tativi mancati o consumati di violenza sessuale, minacce (a volte con armi), rapine, botte, danneggiamenti alle auto personali, furti oppure insulti e urla davanti ai dinieghi di medicine e giorni di malattia.

L'emergenza

«È inutile chiamarla in un altro modo: è un'emergenza» riassume Filippo Anelli, presidente dell'Ordine dei medici di Bari, teatro di uno degli ultimi episodi di violenza. La Puglia, in generale, conta da sola un quarto delle aggressioni che si verificano durante i turni di guardia medica sull'intero territorio nazionale.

Un numero crescente di casi che la Federazione nazionale dei medici di Medicina Generale ha raccolto nel «Dossier violenza», sottotitolo: storie di ordinaria follia. Fra quelle storie l'omicidio della dottoressa Roberta Zedda, in provincia di Oristano nel 2003.

Medici come soldati di una guerra mai dichiarata. «Raccogliamo racconti drammatici» conferma Roberta Chersevani, presidente dell'Ordine dei medici nazionali. «Come ho già detto provocatoriamente: dovremmo aprire le guardie mediche nelle caserme per avere

la tutela necessaria. Chiedo a tutti di segnalare anche il più piccolo episodio. I medici non possono lavorare nella paura. Proveremo a investire del problema i ministeri dell'Interno e della Salute ma credo che tocchi alle aziende sanitarie garantire la qualità del servizio e io nella qualità ci metto anche la sicurezza. Altrimenti il rischio finale è chiudere questo tipo di ambulatori».

«Questo tipo di ambulatori» sarebbero quelli della cosiddetta «continuità assistenziale», in pratica le guardie mediche. Ed è proprio da lì che arrivano i racconti in prima persona scritti dalle vittime e affidati al dossier nazionale e, nel caso della Puglia, a un libro bianco che si intitola «storie mai raccontate».

I casi da Nord a Sud

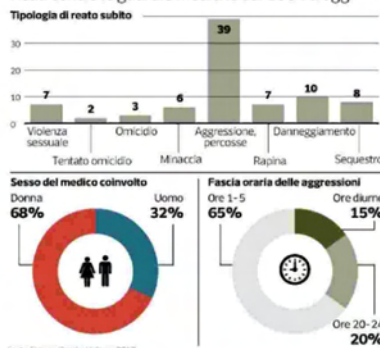
Qualche esempio fra i più recenti. Tentativo di violenza sessuale in un ambulatorio di Messina. La dottoressa: «Ero terrorizzata, non so spiegarmi come ho avuto la forza di resistere». Da Taranto la testimonianza di una sua collega: «Non ho mai svolto il turno da sola, mi sono sempre fatta accompagnare da qualcuno della mia famiglia vista l'aggressi-

vità dell'utenza». Un'altra da un comune vicino dice: «Sono sempre andata in ambulatorio accompagnata da mio padre». Ancora in Puglia, stavolta provincia di Bari: «Un giorno mi chiamò un pregiudicato e subito dopo la sua chiamata anche i carabinieri ai quali lui si era rivolto. Mi dissero: dottoressa è rischioso negare un intervento a certe persone». E poi: inseguita e speronata una dottoressa a Lucca, molestata un'altra nel Comasco, devastato un ambulatorio nel Torinese perché i genitori di una bimba ustionata volevano che il medico intervenisse invece di andare al pronto soccorso.

Ma la testimonianza più amara viene dalla giovane dottoressa Paola C. 31 anni, una breve esperienza in guardia medica a Lecce: «Ho lasciato questo lavoro perché non lo ritengo sicuro — scrive —. Non potevo continuare a farmi accompagnare da mio marito. Questa non è vita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Reati contro le guardie mediche dal 1984 a oggi



Bari

Il Riesame: stalker scarcerato, ecco perché

«**P**er chiarire: abbiamo annullato la misura del carcere soltanto per la violenza sessuale perché in questo caso non era una violenza grave. Per lo stalking, che non era aggravato, dati anche i problemi psichici dell'accusato abbiamo ritenuto di applicare gli arresti domiciliari con braccialetto elettronico in un

paese diverso da quello della vittima». La presidente del Tribunale del Riesame di Bari, Francesca La Malfa, ha chiuso così ieri le polemiche sul caso di Maurizio Zecca, 51 anni, scarcerato dopo le accuse di violenza sessuale e stalking contro una dottoressa della guardia medica del Barese.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA RICERCA Rapporto dell'Università Bocconi su ospedali e cure

Sanità, ancora tagli Spesa e prestazioni ridotte al lumicino

21,9%

La quota sul welfare nel 2016. Nel 2010 la spesa sanitaria era al 24%

» **LUCIANO CERASA**

Per curarsi, mantenersi in salute e possibilmente evitare guai peggiori, in Italia bisogna nascere nel posto giusto. Purtroppo le disparità di trattamento tra un territorio e l'altro aumentano e il livello di copertura della sanità pubblica diminuisce di anno in anno. La coperta della Sanità italiana si accorcia sempre di più, nonostante i superticket e le compartecipazioni locali Irpef alle stelle. E aumenta la drammatica indisponibilità dei posti-letto ospedalieri, delle visite e delle analisi ambulatoriali.

ACERTIFICARLO questa volta è un rapporto curato dalla paludata Università Bocconi. La spesa sanitaria, che nel 2010 costituiva il 24% dei fondi messi a disposizione del welfare pubblico, sei anni dopo è scesa al 21,9%. Diminuiscono anche i finanziamenti per il personale in servizio, che per effetto del blocco del turnover invecchia sempre di più, mentre cala drasticamente la copertura dell'assistenza per i non autosufficienti. In una Regione come il Lazio, che può considerarsi su una linea mediana rispetto alle prestazioni sanitarie nel territorio nazionale, per ottenere un appuntamento da uno specialista si può attendere anche un anno, per una mammografia 180 giorni, per una gastroscopia 278, per un'ecografia del capo e del collo 362. I dati sono forniti dalla stessa Re-

gione Lazio. Tutti tempi di attesa evidentemente incompatibili con la sopravvivenza del paziente, se è alle prese con una patologia seria, al punto che aumenta il ricorso alla sanità privata per chi se lo può permettere e cresce la quota di popolazione che rinuncia *sine die* le cure o vi rinuncia del tutto: primi fra tutti i pensionati e i disoccupati. E a pagare il maggior prezzo del crollo dei livelli di assistenza è come al solito il Sud del paese, impegnato costantemente in piccoli o grandi viaggi della speranza. A confermare la poco onorevole sconfitta sul campo del servizio sanitario nazionale, nonostante le eccellenze (per pochi) e il sacrificio personale (di molti) operatori arriva il Rapporto Oasi 2017 della Bocconi. Per la Sanità pubblica lo Stato ha speso, nel 2016, 115,8 miliardi di euro. Una cifra in crescita dell'1,1% sul 2015, ma che, tra il 2010 e il 2016, è aumentata in media dello 0,7% l'anno, un tasso inferiore a quello dell'inflazione, si osserva nell'indagine.

LA SPESA PER IL PERSONALE è diminuita di 6 punti percentuali tra il 2010 e il 2016, con la conseguente, allarmante crescita dell'età media degli operatori: il 52% dei medici dell'Ssn ha più di 55 anni, contro il 13% del Regno Unito, il 43% della Germania e il 46% della Francia. Nel complesso la spesa per beni e servizi (33,6% di quella totale) supera quella del personale (29,7%). "Le fonti pubbliche", osservano i curatori del Rapporto, Francesco Longo e Alberto Ricci, "coprono ancora il 95% della spesa ospedaliera, ma solo il 60% della spesa per prestazioni ambulatoriali e il 65% delle spese di assistenza di lungo termine nelle strutture residenziali". E proprio il lungo termine e le cronicità, secondo il rapporto, si rivelano essere sempre più chiara-

mente la principale falla del sistema. I posti letto pubblici o privati per i non autosufficienti coprono meno del 10% del fabbisogno: 270.000 posti letto rispetto a 2,8 milioni di pazienti. Le cure domiciliari sono largamente insufficienti a colmare il gap: si tratta, in media, di 17 ore per paziente preso in carico e ipotizzando pacchetti di due ore settimanali l'intervento si riduce a poco più di due mesi l'anno. Le soluzioni cui sono costrette a ricorrere le famiglie, in mancanza dell'assistenza pubblica, sono l'impegno diretto nella cura del parente o il ricorso a una badante. Il "fai da te" delle famiglie viene oltremodo incentivato dal Parlamento, che con la manovra in approvazione alla Camera sta introducendo un nuovo fondo assistenziale pro "caregiver" familiari.

"ILMECCANISMO si regge grazie a equilibri sociali destinati a scomparire", afferma Longo. Se oggi il rapporto tra anziani e popolazione attiva è 35 a 100, nel 2065 sarà 60 a 100. Il sistema pensionistico ha, inoltre, tutelato i redditi medi degli anziani, rimasti pressoché invariati tra il 2006 e il 2014 mentre quelli dei giovani tra i 19 e i 34 anni sono diminuiti di 20 punti percentuali, ma il progressivo passaggio al sistema contributivo è destinato a ridurre anche i redditi da pensione. Il Rapporto evidenzia un allarmante e permanente divario tra Nord e Sud del paese in tema di salute della popolazione. La speranza di vita in buona salute è di 60 anni al Nord e 56 al Sud, con un divario di ben 20 anni tra i due estremi: i 70 anni di Bolzano e i 50 della Calabria. Anche l'autopercezione del proprio stato di salute da parte degli ammalati cronici solleva lo stesso campanello d'allarme: al Nord il 49,6% si percepisce in buona salute, al Sud solo il 36,6%.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



52%

Dei medici del servizio sanitario nazionale ha più di 55 anni

180

I giorni di attesa per fare una mammografia nella Regione Lazio

362

I giorni che devono trascorrere per ottenere un'ecografia del capo e del collo

20

Gli anni di differenza tra la speranza di vita in buona salute di un abitante di Bolzano e in Calabria



Corsie affollate Sempre peggio la sanità italiana Ansa

IL TESSUTO UTILIZZATO È STATO PRELEVATO DAL FRATELLO GEMELLO

Riuscito a Parigi il trapianto totale della pelle di un ustionato al 95%

DI GIOVANNI GALLI

Un innesto totale di pelle è riuscito su un grande ustionato, che aveva il 95% della superficie bruciata a causa di un incidente sul lavoro. L'operazione è avvenuta all'ospedale Saint Louis, uno dei fiori all'occhiello dell'assistenza pubblica ospedaliera di Parigi, per mano del professor Maurice Mimoun, responsabile del servizio grandi ustionati. Il paziente aveva il corpo e il viso completamente bruciati, soltanto i piedi e una parte del bacino non erano ustionati.

Il successo dell'operazione è dovuto alla donazione providenziale della pelle da parte del fratello gemello della vittima. All'inizio, Franck è stato sedato e tenuto in coma artificiale e intubato. La scelta di Eric, fratello gemello di Franck è stata decisiva ed è stato necessaria l'autorizzazione dell'Agenzia di biomedicina. La possibilità di rigetto era più lontana grazie alla prossimità genetica del donatore e del ricevitore.

Al 7° giorno dall'incidente i due fratelli sono stati sistemati in due blocchi operatori ultramoderni del centro grandi ustioni dell'ospedale Saint Louis per il primo trapianto. Ce ne sono voluti tre per completare tutti gli innesti e coprire così le parti interamente bruciate. In dettaglio, al 7° giorno il primo intervento, all'11° dall'incidente, il secondo, e al 44° l'ultimo. I chirurghi hanno prelevato parti sottili di pelle dal cranio rasato del fratello gemello dell'ustionato e da altre zone non visibili. Franck è stato progressivamente ricoperto della pelle di Eric e si è verificata la formidabile rigenerazione della pelle di Franck.

—© Riproduzione riservata—■

I disagi

Asl senza soldi, stop alla psicoterapia per i bambini

Ottocento i minori coinvolti
Psicologi in rivolta: sfumano
possibilità di lavoro e di concorso

Strada sbarrata per l'accesso alla psicoterapia di sostegno per circa 800 minori disabili affetti da gravi handicap e in cura presso strutture di riabilitazione accreditate. In rivolta i trecento operatori psicologi e psicoterapeuti campani che da un lato vedono sfumare le possibilità di lavoro nei centri accreditati (dove sono stati impiegati negli ultimi 20 anni) e dall'altro risultano scavalcati - nei concorsi intanto avviati da molte Asl impegnate a internalizzare il servizio nei dipartimenti materno infantili - da colleghi di altri profili in possesso di esperienze di servizio maturate in altri campi (come gli Hospice e le cure palliative). Un caso pronto a sfociare nel contenzioso a fronte dell'impossibilità di far valere le competenze maturate sul campo e l'anzianità di servizio finora prestata. Per ora c'è la puntuale lettera firmata da 120 psicologi riuniti in un coordinamento, inoltrata a nome di tutti gli interessati all'Ordine nazionale degli Psicologi e agli Ordini regionali invitati a intervenire.

Tutto nasce, nell'ottobre di quest'anno, dalla riesumazione, da parte delle Asl campane e di molti distretti, di una norma del 2008 che dispone che le prestazioni di psicoterapia infantile presso centri accreditati siano erogabili «solo se previste in un progetto riabilitativo individuale elaborato dall'equipe riabilitativa con finalità di supporto psicologico nell'ambito del processo riabilitativo del paziente».

Una formula per contestare l'appropriatezza e la validità terapeutica delle prestazioni di psicoterapia

individuale e familiare finora erogate e così giustificare il ricorso a percorsi interni alle Asl da assicurare reclutando specialisti ambulatoriali in convenzione. L'obiettivo è inserire almeno uno psicologo-psicoterapeuta per ciascuna Asl, come indicato dalla legge regionale sulla neuropsichiatria infantile e l'Autismo però recentemente impugnata dal governo nazionale. La carenza di risorse, il numero limitato di psicologi, la lentezza delle procedure di reclutamento prospettano tuttavia un inesorabile allungamento delle liste di attesa per ora nelle Asl e nei distretti che si sono mossi per primi (Caserta, Asl Napoli 2 nord, distretto di Casoria).

«La psicoterapia va fatta con almeno una seduta a settimana attraverso colloqui con i genitori, scambi con la scuola e gli assistenti sociali - spiega Maria Patruno, tra i referenti del neonato coordinamento degli psicologi - e uno psicoterapeuta della Asl non riuscirebbe a coprire tutte queste mansioni. Alcuni direttori delle Asl stanno dando comunicazione ai neuropsichiatri di non prescrivere e non prescrivere a meno che non ci siano casi gravi per internalizzare l'assistenza. Evidenziamo inoltre che nell'ultimo periodo i direttori delle Asl hanno emanato circolari in cui, a causa di un deficit economico della Regione, danno indicazione ai neuropsichiatri infantili di non prescrivere più la psicoterapia se non in casi estremamente necessari e a latere altri trattamenti (logopedia, psicomotricità, terapia occupazionale) e di avviare alla disassuefazione al trattamento in 30 giorni per le psicoterapie in corso».

E a nulla è valsa la circolare firmata il 20 novembre scorso dal responsabile fasce deboli della Regione, Marina Rinaldi, e inviata ai manager delle Asl, in cui si esortano le Asl a non interrompere i trattamenti in corso, a meno che non si attivino prima altri servizi presso le Asl stesse.

et.mau.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'assistenza Per molti bambini disabili la psicoterapia è indispensabile

I nodi

La Regione aveva invitato i manager a non bloccare i trattamenti se non c'erano alternative nell'Asl

di Francesco Sestini

Al Cardarelli

Piede diabetico primo autotrapianto di cellule staminali

Piede diabetico, al Cardarelli è stato eseguito il primo autotrapianto di cellule staminali per il recupero della circolazione del sangue compromessa dalla malattia. Ci sono pertanto buone speranze di evitare l'amputazione che rappresenta un esito purtroppo frequente a causa della degenerazione gangrenosa.

«Abbiamo completato il percorso che dalla diagnosi accompagna il paziente durante tutte le fasi della terapia e dell'assistenza - spiega il manager del Cardarelli Ciro Verdoliva - e per la prima volta in ospedale abbiamo eseguito un intervento all'avanguardia per la cura del piede diabetico. La tecnica è quella del "lipofilling" e consiste nel prelievo e nella ingegnerizzazione in vitro di cellule del tessuto adiposo del paziente individuate a livello addominale con il successivo reinnesto delle stesse cellule nella zona della lesione con una semplice puntura».

Rapporto Oasi: il tallone d'Achille del Ssn è la cura ai non autosufficienti

04/12/2017 in News 0



“I posti letto coprono meno del 10% del fabbisogno e le cure domiciliari si riducono, in media, a 17 ore per paziente l'anno. In sofferenza la spesa per il personale, con conseguente invecchiamento dei professionisti del Ssn. Allarma il divario nord sud nelle condizioni di salute della popolazione”.

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) ha speso, nel 2016, 115,8 miliardi di euro, una cifra in crescita dell'1,1% sul 2015, ma che, tra il 2010 e il 2016, è aumentata in media dello 0,7% l'anno – un tasso inferiore a quello dell'inflazione, si osserva nel **Rapporto Oasi 2017**, presentato questa mattina all'Università Bocconi. La spesa sanitaria, che nel 2010 costituiva il 24% della spesa di welfare pubblico, sei anni dopo è scesa al 21,9%, a favore della spesa assistenziale, passata dall'8 al 10%, mentre la spesa pensionistica rimane sostanzialmente stabile al 68%. La spesa per il personale è diminuita di 6 punti tra il 2010 e il 2016, con la conseguente, allarmante crescita dell'età media degli operatori: il 52% dei medici dell'Ssn ha più di 55 anni, contro il 13% del Regno Unito, il 43% della Germania e il 46% della Francia. Nel complesso la spesa per beni e servizi (33,6% di quella totale) supera quella del personale (29,7%). «Le fonti pubbliche», osservano i curatori del Rapporto, Francesco Longo e Alberto Ricci, «coprono ancora il 95% della spesa ospedaliera, ma solo il 60% della spesa per prestazioni ambulatoriali e il 65% delle spese di assistenza di lungo termine nelle strutture residenziali». «E proprio il lungo termine e le cronicità» evidenzia l'Università Bocconi «si rivelano essere sempre più chiaramente il tallone d'Achille del sistema. I posti letto pubblici o privati per i non autosufficienti coprono meno del 10% del fabbisogno: 270.000 posti letto rispetto a 2,8 milioni di non autosufficienti. Le cure domiciliari sono, inoltre, largamente insufficienti a colmare il gap: si tratta, in media, di 17 ore per paziente preso in carico – ipotizzando pacchetti di due ore settimanali, l'intervento si riduce in poco più di due mesi. Le soluzioni a cui ricorrono le famiglie sono il ricovero in regime di solvenza completa, l'impegno diretto nella cura del parente o il ricorso a una badante». «Tale meccanismo si regge grazie a una combinazione di equilibri sociali destinati a scomparire», afferma Longo. «Se oggi, infatti, il rapporto tra anziani e popolazione attiva è 35 a 100, nel 2065» afferma l'Università Bocconi «sarà 60 a 100. Il sistema pensionistico ha, inoltre, tutelato i redditi medi degli anziani, rimasti pressoché invariati tra il 2006 e il 2014 mentre quelli dei giovani tra i 19 e i 34 anni sono diminuiti di 20 punti percentuali, ma il progressivo passaggio al sistema contributivo è destinato a ridurre anche i redditi da pensione. Mentre il sistema è, da qualche anno, in equilibrio economico in tutta Italia, il Rapporto evidenzia un allarmante e permanente divario tra Nord e Sud del paese in tema di salute della popolazione. La speranza di vita in buona salute è di 60 anni al Nord e 56 al Sud, con un divario di ben 20 anni tra i due estremi: i 70 anni di Bolzano e i 50 della

Calabria. Anche l'auto-percezione del proprio stato di salute da parte degli ammalati cronici solleva lo stesso campanello d'allarme: al Nord il 49,6% di loro si percepisce in buona salute, al Sud solo il 36,6%".

4/12/2017 Politiche 2018. Il programma di Parisi. Per la sanità competizione alla pari pubblico/privato. Universalismo non significa gratis per tutti

quotidianos**sanità**.it

Lunedì 04 DICEMBRE 2017

Politiche 2018. Il programma di Parisi. Per la sanità competizione alla pari pubblico/privato. Universalismo non significa gratis per tutti

"Va fatta una riforma profonda della Sanità: i redditi più alti, liberati dalle tasse, dovranno pagarsi la sanità. Non può più essere gratis per tutti". Così l'ex amministratore delegato di Fastweb, nel corso della due giorni milanese di Megawatt svela il programma di governo di Energie per l'Italia che apre ad una diversa modulazione della compartecipazione alla spesa per la sanità. Si apre poi alla sanità integrativa e si punta ad una libera concorrenza, a parità di regole, tra strutture pubbliche e private. [IL PROGRAMMA](#)

Stefano Parisi scende in campo. Al Megawatt, la due giorni milanese durante la quale l'ex amministratore delegato di Fastweb e candidato sindaco a Milano alle ultime elezioni comunali vinte poi da Giuseppe Sala, svela la creatura politica incubata "negli ultimi 12 mesi di lavoro serrato", viene presentato il programma di governo che verrà sottoposto nelle prossime settimane agli altri componenti della coalizione di centrodestra.

Ad incuriosirci è stata una dichiarazione di Parisi al *Corriere della Sera*, dalla quale si poteva evincere una volontà di privatizzare il sistema sanitario nazionale: "Va fatta una riforma profonda della Sanità: i redditi più alti, liberati dalle tasse, dovranno pagarsi la sanità. Non può più essere gratis per tutti".

Da qui siamo andati ad analizzare il programma di *Energie per l'Italia*, non trovando però proposte di una vera e propria privatizzazione del sistema, quanto piuttosto una proposta per una diversa modulazione della compartecipazione alla spesa: "Noi siamo convinti che universale non significhi necessariamente gratuito per tutti. L'impegno dello Stato deve essere quello di garantire la gratuità a tutti i cittadini affetti da grandi malattie e l'equità di accesso ai farmaci e alle tecnologie innovative, indipendentemente dal reddito. Per le prestazioni 'minori' va invece prevista una quota di compartecipazione alla spesa che tenga conto del reddito reale della famiglia e del livello di appropriatezza della prestazione richiesta".

In tema di strutture sanitarie, Parisi propone poi di **uniformare i requisiti regionali di accreditamento per i gestori pubblici e privati, eliminando l'istituto del convenzionamento**: "Stesse regole per tutti garantiscono pari opportunità e competitività virtuosa ai gestori, maggior sicurezza e libertà di scelta ai cittadini".

La parità tra pubblico e privato, per funzionare, necessita però di un **sistema di valutazioni oggettive**: per gli operatori, per le aziende, per gli stessi sistemi regionali. "Con strumenti premianti e penalizzanti sulla base dei risultati, che rafforzino l'autonomia delle esperienze virtuose (a livello di singola azienda, ma anche di regione) e il controllo di quelle in disequilibrio. In particolare per i manager, siamo convinti che le scelte di politica sanitaria vadano attuate al di fuori di logiche clientelari di asservimento politico. Occorre rendere più stringenti i criteri di scelta per le diverse posizioni da ricoprire, incentivare la mobilità di competenze, e adeguare la remunerazione economica ai risultati".

Una parte di queste proposte, c'è da dire, è stata già prevista dalla riforma Madia con l'istituzione dell'elenco nazionale di idonei alla nomina di direttore generale delle aziende e degli enti del Ssn. La discrezionalità della scelta politica si fermerà, infatti, a quelle persone che per titoli compariranno nell'elenco potendo così concorrere alla nomina future.

Inoltre, viene proposta come un'urgenza il recupero delle risorse **"riducendo gli sprechi, agendo sull'appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, ma non solo. Bisogna superare il Nomenclatore Tariffario e rivitalizzare la legge 13/89** per migliorare la spesa e il sistema di erogazione di ausili e servizi per anziani e

4/12/2017 Politiche 2018. Il programma di Parigi. Per la sanità competizione alla pari pubblico/privato. Universalismo non significa gratis per tutti in questo caso, dobbiamo sottolineare come in realtà sia stata la stessa [Corte dei Conti](#) alcuni mesi fa a sottolineare il buon andamento dei conti della sanità. Il comparto ha infatti chiuso il suo bilancio con un attivo di 312 mln. Quanto al nomenclatore tariffario, questo è stato oggetto di recente revisione insieme ad i nuovi Livelli essenziali di assistenza.

Tornando al programma, per gli operatori sanitari si spiega che "non è più derogabile la definizione di un piano nazionale per il fabbisogno di risorse umane di medici, infermieri, laureati non medici (psicologi, biologi, fisici, chimici, radiofarmacisti, farmacisti), operatori socio-sanitari. Nei prossimi anni avremo carenza di medici e infermieri, e abbiamo già operatori di età avanzata. Vogliamo far tornare il medico a gestore della salute, riducendone gli oneri burocratici e ridefinendone i percorsi formativi".

"Per tutti gli operatori bisogna adeguare la remunerazione alla complessità del lavoro svolto, alle professionalità acquisite, alla responsabilità connessa all'attività - si aggiunge -. Gli operatori sanitari devono essere infine il fulcro attorno al quale incentrare una profonda opera di prevenzione intesa soprattutto a 'creare' salute, perché il primo e più ovvio modo per ridurre la spesa sanitaria è avere persone sane, in grado di essere produttive".

Si punta dunque sulla **prevenzione**: "È fondamentale iniziare sin dalle scuole primarie a educare alla prevenzione, mentre ai medici di base deve essere attribuito un ruolo centrale nella promozione degli screening e nel monitoraggio dell'aderenza dei pazienti, secondo l'idea che la salute non è solo un diritto, ma è un bene di cui i cittadini siamo corresponsabili, e la cui tutela va incentivata mediante la riduzione del costo del ticket".

A proposito di **ticket**, nel programma si spiega che "bisogna avvicinare la salute ai cittadini, potenziando l'assistenza domiciliare, e sviluppare la cultura dell'appropriatezza, per evitare esami inutili e ricoveri inappropriati da una parte, e per garantire a tutti il diritto alla salute dall'altra (ad esempio eliminando il pagamento del ticket per la cura delle malattie più gravi, a partire dai tumori)". C'è da dire che le cure di patologie quali il tumore sono da sempre esentate dal ticket, ed ancor di più oggi con i nuovi Lea che hanno esteso queste esenzioni anche ad altre patologie.

Per lo sviluppo della **medicina territoriale** si mira ad "incentivare e garantire lo sviluppo di forme associative tra medici, garantendo l'assistenza primaria sul territorio 24 ore su 24, 7 giorni su 7, creando un filtro che eviti il ricorso improprio al Pronto Soccorso".

Infine, quanto alla **spesa out of pocket**, si apre alla **sanità integrativa**, "una disciplina organica e omogenea per tutti gli operatori, che agevoli una migliore protezione degli aderenti e una più virtuosa sinergia funzionale con il Servizio sanitario nazionale".

Giovanni Rodriguez

4/12/2017

Nel 2050 nel mondo ci saranno 132 milioni di persone con disturbi mentali. L'Oms rilancia il suo piano d'azione antidemenza

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 04 DICEMBRE 2017

Nel 2050 nel mondo ci saranno 132 milioni di persone con disturbi mentali. L'Oms rilancia il suo piano d'azione antidemenza

E il problema è particolarmente grave tra gli anziani tra i quali i disturbi mentali e neurologici rappresentano il 6,6% della loro disabilità totale. Oggi si stimano 50 milioni di persone in tutto il mondo con demenza. Ma si prevede che il numero totale aumenterà a 75 milioni nel 2030 e 132 milioni nel 2050. [PIANO DEMENZA OMS 2017-2025](#) - [PIANO D'AZIONE SALUTE MENTALE 2013-2020](#) - [DEMENTIA, PRIORITA' PER LA SALUTE PUBBLICA](#).

Tra il 2015 e il 2050, la proporzione della popolazione mondiale oltre i 60 anni raddoppierà quasi dal 12% al 22% e, considerando che oltre il 20% degli over 60 soffre di disturbi mentali, che i disturbi mentali e neurologici tra gli anziani rappresentano il 6,6% della disabilità totale (DALY) per questa fascia di età e che i disturbi nelle persone anziane rappresentano il 17,4% degli anni vissuti con disabilità (YLD), c'è di che preoccuparsi.

E infatti per l'Oms la salute mentale resta una delle emergenze prioritarie per gli scenari della sanità nei prossimi anni. I disturbi mentali e neurologici più comuni nella terza età sono la demenza e la depressione, che colpiscono rispettivamente il 5% e il 7% della popolazione più anziana del mondo. I disturbi d'ansia colpiscono il 3,8% della popolazione anziana, i problemi di consumo di sostanze colpiscono quasi l'1% e circa un quarto dei decessi per autolesionismo sono tra le persone di 60 anni o più. I problemi di abuso di sostanze tra le persone anziane sono spesso trascurati o erroneamente diagnosticati.

Al di là dell'età, in ogni caso, si stima che siano 50 milioni le persone in tutto il mondo che vivano con demenza e che quasi il 60% di questi viva in paesi a basso e medio reddito. Un numero destinato ad aumentare fino a 75 milioni di persone con demenza nel 2030 e addirittura a 132 milioni nel 2050 (controllare perché i dati sui grafici sono diversi).

Eppure anche di fronte a questi dati i problemi di salute mentale sono sotto-identificati dagli operatori sanitari e dai pazienti stessi, e lo stigma che circonda queste condizioni rende le persone riluttanti a cercare aiuto.

La depressione può causare grande sofferenza e porta a compromettere il funzionamento nella vita quotidiana. La depressione unipolare si verifica nel 7% della popolazione generale anziana e rappresenta il 5,7% degli YLD tra coloro che hanno più di 60 anni. La depressione è sotto diagnosticata e sottoposta a trattamento insufficiente nelle strutture di assistenza primaria. I sintomi sono spesso trascurati e non trattati perché coincidono con altri problemi riscontrati dagli adulti più anziani.

Per questo l'Oms torna a parlare ancora una volta del tema e [rilancia il suo piano d'azione contro le demenze sintetizzabile in quattro obiettivi principali](#):

- rafforzare una leadership e una governance efficaci per la salute mentale;
- fornire servizi completi, integrati e reattivi per la salute mentale e l'assistenza sociale in contesti basati sulla comunità;
- attuare strategie di promozione e prevenzione nella salute mentale;
- rafforzare i sistemi informativi, le prove e la ricerca per la salute mentale.

Secondo l'Oms, poi, è molto importante preparare gli operatori sanitari e le società per soddisfare i bisogni specifici delle popolazioni più anziane, tra cui:

4/12/2017

Nel 2050 nel mondo ci saranno 132 milioni di persone con disturbi mentali. L'Oms rilancia il suo piano d'azione antidemenza

- formazione per i professionisti della salute nel fornire assistenza agli anziani;
- prevenire e gestire malattie croniche associate all'età, inclusi disturbi mentali, neurologici e di uso di sostanze;
- progettare politiche sostenibili a lungo termine e cure palliative; e
- sviluppo di servizi e impostazioni adatti all'età.

la Repubblica

Il dossier Cambiare la sanità

Cinque ricette per tagliare le liste d'attesa

Multe a chi non si presenta e premi ai manager virtuosi: Regioni in campo per ridurre i tempi

MICHELE BOCCI

La grande battaglia contro le liste di attesa è ufficialmente iniziata venti anni fa e ancora non è stata vinta. Era il 1997 quando a Bologna nacque il primo Cup, centro unico di prenotazione al quale rivolgersi per fissare visite ed esami negli ospedali cittadini. Da allora i sistemi sanitari sono cresciuti e hanno raffinato la loro organizzazione. Le Regioni hanno inventato nuovi modelli per ridurre le attese e quando funzionavano li hanno copiati l'una all'altra. Il Lazio è proprio in questa fase: si sta rifacendo alla Toscana e all'Emilia per venire fuori dall'enorme difficoltà di dare appuntamenti entro i termini a chi abita a Roma, dove tra agende chiuse e attese lunghissime i problemi sono ancora tanti, come ha rivelato l'inchiesta di ieri su *Repubblica*. «Per la prima volta dopo anni c'è in realtà un miglioramento — osserva il presidente Nicola Zingaretti — Non basta, e per questo dovremo continuare affinché questa tragedia della sanità del Lazio venga sconfitta. Alcuni dati usciti non corrispondono alla realtà. Le liste d'attesa da noi sono lunghe perché, purtroppo, tragicamente gli ambulatori chiudevano presto per mancanza di personale». La formula magica per abbattere

definitivamente le attese non esiste, ci sono piuttosto una serie di ricette regionali che stanno funzionando. Eccone cinque. Prima di tutto bisogna agire sulla domanda. Per farlo va promossa la cosiddetta "appropriatezza", cioè favorire la prescrizione solo degli esami e delle visite realmente necessari. Un decreto sul tema del ministero della Salute, oggetto di molte polemiche, ha sicuramente aiutato in questo senso. In più le Regioni lavorano con medici di famiglia e specialisti a protocolli anti-spreco. In Lombardia si è deciso, ad esempio, che i malati cronici siano seguiti da un "gestore" che fa fare loro solo gli esami previsti per la loro patologia. Quindi (teoricamente) senza prescrizioni inutili. Secondo: i Cup sono ormai antichi, ma possono essere ancora migliorati. Intanto devono avere a disposizione tutte le agende dei reparti cittadini. Quello di Roma ne gestisce solo un quarto, e infatti in Regione si lavora per farlo crescere. Altrove, come ad esempio in Piemonte, si prepara invece un Cup regionale, che ovviamente amplia di molto la scelta di strutture per il cittadino. Altro punto, il terzo, sul quale lavorare è il rispetto delle priorità ("urgente" se la prestazione va fatta entro 3 giorni, "breve" entro 10, "differibile" in 30 o 60 giorni, "programmato" se l'attesa può

essere anche superiore) e la distinzione dei percorsi a seconda dei pazienti. Per quelli che hanno bisogno di prestazioni urgenti, in Toscana è prevista una *fast track*: è il medico di famiglia a prenotare la visita o l'esame che l'assistito deve ottenere entro 72 ore. Anche a Roma si fa così, e proprio oggi si stringerà un accordo con i dottori per estendere il sistema alla priorità breve. Ma in molti ormai hanno anche deciso di togliere dal Cup gli esami cui i malati cronici o oncologici devono sottoporsi periodicamente, per farli prenotare direttamente ai medici o ai pazienti stessi per vie diverse. Ecco il quarto punto: Emilia e Toscana hanno già introdotto una multa (e presto lo farà anche il Piemonte) per chi non si presenta all'appuntamento senza disdire. È pari all'importo del ticket e scoraggia chi occupa un posto senza poi sfruttarlo. La "manutenzione" della lista di attesa si fa anche contattando il cittadino qualche giorno prima dell'esame per ricordargli l'appuntamento. Infine, anche i dirigenti vengono chiamati in causa per abbattere le liste. Ad esempio, come in Emilia, vincolando il premio di produzione dei direttori generali alla riduzione delle attese. E l'intramoenia può essere vietata ai medici dei reparti dove le attese sono fuori controllo.

FARMACIA DI RICETTA

Appropriatezza

Stop a visite ed esami inutili

1

Il taglio delle prescrizioni di esami e visite che non servono riduce la domanda e libera posti nelle liste d'attesa. Le Regioni lavorano con specialisti e medici di famiglia per ridurre l'inappropriatezza

Agenda unica

Con tutte le strutture della città

2

È fondamentale mettere a disposizione dei Cup, i centri di prenotazione, tutte le agende delle strutture sanitarie cittadine. Un'offerta scarsa mette i cittadini di fronte ad attese troppo lunghe

Corsia preferenziale

Per i controlli dei pazienti cronici

3

È importante creare percorsi differenziati. Ad esempio i "follow up" oncologici e gli esami per pazienti cronici vanno tolti dai Cup, e prenotati direttamente dai medici che hanno in cura il paziente

Promemoria

E sanzioni per la mancata disdetta

4

Bisogna fare la "manutenzione" delle liste. Serve ricordare via sms ai cittadini il giorno dell'esame ma anche prevedere la multa, pari all'importo del ticket, per chi non si presenta senza avvertire

Incentivi

Nella busta paga dei dirigenti

5

Alcune Regioni vincolano i premi dei direttori generali delle Asl alla riduzione delle attese. C'è anche chi ha minacciato i medici di togliere l'intramoenia nei reparti dove le liste sono troppo lunghe

I numeri

Il volume delle prestazioni ambulatoriali (dati 2015)

Visite	Nel pubblico	In intramoenia	% intram.
Oculistica	4.911.191	309.726	6%
Ortopedica	4.130.883	458.407	11%
Cardiologica	3.693.079	504.048	14%
Dermatologica	3.202.401	178.997	6%
Otorino	2.724.134	242.515	9%
Fisiatria	2.092.982	83.641	4%
Endocrinologica	2.064.066	133.053	6%
Ginecologica	2.045.270	558.222	27%

Fonte: 

Esami	Nel pubblico	In intramoenia	%
Elettrocardiogramma	5.609.897	343.534	6%
Eco Addome	3.504.037	124.151	4%
Rmn	2.983.890	35.698	1%
Mammografia	2.962.706	71.511	2%
Tac	2.834.071	17.627	1%
Ecocolordoppler			
• Cardiaca	1.496.217	73.705	5%
• Tronchi sovraortici	1.482.548	33.679	2%
• Vasi periferici	1.324.100	38.367	3%

6 Fondali marini Antibiotici e antitumorali derivati da organismi che vivono in fondo al mare. È l'ultima frontiera della ricerca. Che scova sostanze attive da alghe, spugne, organismi monocellulari

Nuovi farmaci

C'è un forziere in fondo al mare

Antibiotici e antitumorali. Derivati da organismi che vivono negli abissi. È la nuova frontiera della biotecnologia. Che è già realtà

di **DAVIDE MICHELIN**

Non stanno di vedetta sulla coffa ma siedono in laboratorio davanti a microscopi e sequenziatori. Il tesoro che i ricercatori sperano di trovare in fondo al mare è fatto di nuovi antibiotici, farmaci antitumorali e altre sostanze utili a combattere malattie incurabili. E ha avuto la sua vetrina a Trieste Next dove molti istituti hanno spiegato cosa bolle in pentola.

La capostipite dei tesori marini è la trabectedina, farmaco antitumorale utilizzato per trattare sarcomi e tumori ovarici. Isolata già negli anni '60 dall'*Ecteinascidia turbinata*, un piccolo organismo a forma di otte che cresce sulle radici delle mangrovie del Mar dei Caraibi, ha un duplice meccanismo di azione: oltre all'interazione con il Dna che innesca la morte programmata delle cellule, negli ultimi anni è stata scoperta anche la distruzione selettiva dei macrofagi associati al tumore (Tam) e dei loro precursori, riducendone il numero e inibendone l'azione pro-tumorale.

Ma è stato negli ultimi vent'anni che le biotecnologie marine hanno cominciato a dare frutti. «È molto probabile che negli oceani si nascondano molecole potenzialmente utili per l'uomo - conferma Mauro Giacca, direttore del Centro internazionale per l'Ingegneria genetica e le biotecnologie di Trieste (Icgeb) - rimaste finora sconosciute perché i batteri che le producono sono impossibili da coltivare in laboratorio. Oppure perché non possedevamo le tecnologie adatte».

Metodi come lo screening ad alta processività consentono oggi di eseguire rapidamente milioni di test per identificare composti attivi, anticorpi e geni. «La nascita di discipline come la genomica e la trascrittomica ha certamente dato impulso alla ricerca. Ma ad essere recente è la stessa considerazione del mare come sorgente di molecole», ragiona Giovanna Romano, ricercatrice della Stazione zoologica Dohrn di Napoli che, come raccontiamo a fianco, si propone come centro di eccellenza partendo dalle ricerche sulle diatomee.

Un altro gruppo di organismi ritenuto molto promettente è quello delle spugne. Nonostante l'aspetto innocuo, questi semplici organismi filtratori sono dotati di un vero e proprio arsenale di sostanze antimicrobiche e bioattive che consentono di mantenere pulita la loro superficie da ospiti sgraditi.

Ispirata alla struttura di una molecola prodotta da *Halicondria okadae*, una grande e informe spugna che colonizza i mari del Giappone, l'eribulina mesilato è una molecola sintetica utilizzata nella cura del carcinoma mammario localmente avanzato o metastatico. Grandi aspettative sono riposte nella lurbinctedina, un altro antineoplastico sintetico che imita la struttura di una famiglia di alcaloidi diffusa non solo nelle spugne ma anche in molluschi nudibranchi e batteri. L'efficacia della lurbinctedina è in corso di valutazione in vari tipi di tumori solidi.

La ricerca in ambito marino non si limita però all'isolamento di nuove molecole. Alcune delle più recenti scoperte hanno letteralmente rivoluzionato l'approccio alla microbiologia. È il caso della simbiosi tra polpo e batteri bioluminescenti, la cui emissione di luce è regolata dalla numerosità degli ospiti. Seguendo questa pista, negli ultimi quindici anni si è scoperto che il meccanismo è estremamente diffuso, portando alla nascita della cosiddetta sociomicrobiologia. «All'interno delle comunità i microrganismi comunicano tra loro attraverso il rilascio di molecole», spiega Vittorio Venturi, capogruppo di Batteriologia Icgeb. Attraverso le variazioni di concentrazione, il singolo batterio percepisce la numerosità dei vicini e adegua il proprio comportamento. In questi fenomeni di comunicazione batterica una popolazione è in grado di coordinare l'espressione genica in funzione della densità cellulare. In molti batteri patogeni questo regola la produzione di molecole che agiscono come fattori di virulenza. Permettendo di coordinare la proliferazione e di sincronizzare l'attacco all'ospite come un unico organismo.

«Se durante un'infezione riuscissimo a bloccare la produzione di queste molecole o a promuovere la loro degradazione - immagina Venturi - essa risulterebbe più facile da trattare». In una comunità sconnessa e indebolita, crescita e propagazione risulterebbero limitate, così come la pressione selettiva all'origine della sempre più diffusa resistenza antibiotica. Una classe di molecole che interrompe la comunicazione piuttosto che aggredire la comunità potrebbe rivoluzionare il paradigma stesso della nostra personale guerra biologica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo studio

Microalghe contro il melanoma

Un aiuto nella cura del melanoma può arrivare dal mare. Si tratta di una classe di composti vegetali completamente nuova, messa a punto da un team del quale fanno

Il caso

Il prozac fa male ai granchi

Il massiccio consumo di antidepressivi interferisce sul comportamento degli organismi marini. Attraverso la rete fognaria, i principi attivi non

parte l'università Vanvitelli di Napoli e l'Istituto di chimica biomolecolare del Cnr. La scoperta, dunque, non riguarda un vaccino contro il melanoma ma piuttosto la sostanza che va necessariamente aggiunta per potenziare la risposta. Su *Scientific Report*, il team ha identificato una nuova

assimilati raggiungono il mare. Su *Ecology and Evolution*, gli ecologi dell'università della California a Santa Barbara hanno dimostrato come l'esposizione alla fluoxetina, il prozac, renda i granchi più aggressivi e incuranti dei rischi. I ricercatori hanno osservato un cambiamento

serie di sostanze marine che potenziano la risposta immunitaria verso il tumore. «I prodotti che hanno ispirato il composto sono componenti delle diatomee, microalghe alla base della catena alimentare marina», spiega Angelo Fontana dell'Icb-Cnr. **-irma d'aria**

radicale nei bioritmi di questi crostacei, maggiormente attivi durante il giorno quando il rischio di essere predati è massimo. Inoltre, anche le morti nei conflitti tra individui è risultata più elevata, incidendo significativamente sul successo riproduttivo della specie. **-dav. m.**

Come si usano

Farmaci già in commercio e il loro utilizzo terapeutico



CITARABINA

da una spugna caraibica
Antitumorale
Utilizzata per la terapia della meningite linfomatosa e della leucemia mieloide acuta



La struttura di questa sostanza viene incorporata nel Dna inducendo la morte delle cellule tumorali



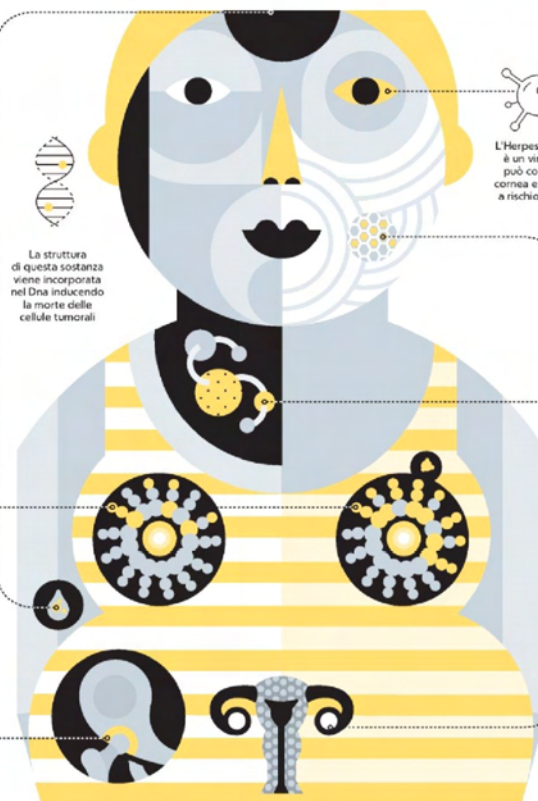
ERIBULINA MESILATO

da una spugna
Antitumorale
Per il trattamento del tumore al seno avanzato o metastatico



ZICONOTIDE

da una lumaca di mare
Analgesico
Neurotossina alternativa alla morfina per il trattamento del dolore cronico grave



L'Herpes simplex è un virus che può colpire la cornea e mettere a rischio la vista



VIDARABINA

da una spugna caraibica
Antivirale
Per il trattamento delle cheratiti e delle cherato-congiuntiviti da Herpes simplex



MONOMENTIL AURISTATINA

da una lumaca di mare
Antitumorale
Per il trattamento del linfoma anaplastico a grandi cellule o di Hodgkin



TRABECTEDINA

da un ascidia
Antitumorale
Per il trattamento dei sarcomi dei tessuti molli e del carcinoma dell'ovaio

Questa molecola blocca la proliferazione tumorale eliminando cellule specifiche (macrofagi) associati al tumore



4/12/2017

Rapporto Oasi/ Gli infermieri priorità per il sistema, ma sono troppo pochi | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

4 dic
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

Rapporto Oasi/ Gli infermieri priorità per il sistema, ma sono troppo pochi

di red.san.

«Siamo al limite del paradosso: il rapporto medici-infermieri a livello di paesi Ocse è mediamente di 1 a 2,8 con le punte estreme e i valori maggiori tutti nei paesi dove l'assistenza sanitaria si caratterizza di più per efficienza ed efficacia. Ma in Italia no. In Italia siamo a 1 a 1,5, e i paesi che stanno peggio, tranne la Spagna che comunque c'è molto vicina, non sono davvero quelli che brilla di più per livelli positivi di assistenza. Ma gli infermieri sono dichiaratamente (e non solo dalla nostra Federazione) considerati essenziali ormai per l'evoluzione dell'assistenza e per far fronte alle sfide del futuro».

Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale Ipasvi che raccoglie gli oltre 447mila infermieri italiani, di cui circa 280mila lavorano per il servizio pubblico, commenta i dati sulla professione che emergono dal Rapporto Oasi 2017 della Sda e Cergas Bocconi in cui un intero capitolo.

«La "questione infermieristica" - spiega la leade Ipasvi - è di fondamentale importanza e da essa dipende, in larga parte, la possibilità del sistema di fare fronte alle sfide del futuro. La ricerca ci consegna la fotografia di una situazione positiva rispetto a quella che era una "professione ausiliaria" qualche decennio fa, ma mostra anche come molti nodi siano ancora da sciogliere, in un complesso intreccio di elementi quantitativi e di problemi legati agli assetti organizzativi e contrattuali nei quali la professione opera».

«Quindi? - chiede Mangiacavalli alle istituzioni - Come va affrontata quella che si presenta come una evoluzione naturale dell'assistenza e che invece trova per una sua ufficializzazione mille ostacoli su un percorso che a livello locale sembra ormai abbracciato dalla maggior parte delle aziende, pubbliche e private?».

Oasi dice che per quanto attiene all'approfondimento specialistico nell'area professionale di riferimento, quella infermieristica appunto, l'88% delle aziende del campione individua competenze specialistiche infermieristiche distintive. In particolare, si tratta del 100% delle aziende private, contro l'85% delle aziende pubbliche.

Infermieri "specializzati sono una realtà

Oasi dice che la ricerca ha messo in evidenza come siano ormai diffuse nelle organizzazioni forme di specializzazione della professione infermieristica (in media l'88% delle aziende riconosce forme di specializzazione). Le aree nelle quali sembra focalizzarsi tale fenomeno sono principalmente l'emergenza-urgenza e l'area chirurgica. Sono già previsti percorsi formativi a supporto di alcune figure specialistiche (es. master universitari di I livello in Wound Care), ma non sono ancora state concordate in via definitiva le aree di specializzazione e gli istituti contrattuali (pubblici e privati) per il riconoscimento delle specializzazioni. Dallo studio risulta come nelle aziende pubbliche si sia sperimentato un forte numero di forme di assunzione di ruoli gestionali da parte degli infermieri, segno di una disponibilità della professione a farsi carico dei nuovi fronti di responsabilità che si aprono con le riorganizzazioni che stanno caratterizzando il settore pubblico (bed management, operation management, gestione di team multiprofessionali).

Ma Oasi dice anche che lo sforzo maggiore che la professione è chiamata ad affrontare riguarda l'apertura a logiche e strumenti di tipo manageriale sempre più generali e lontani dai contenuti professionali di origine.



4/12/2017

Rapporto Oasi/ Gli infermieri priorità per il sistema, ma sono troppo pochi | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

Si aprono – secondo Oasi - nuove prospettive di ruolo, rispetto alle quali può essere utile cogliere per tempo quali siano le competenze da sviluppare per sostenerne l'assunzione.

«Dal punto di vista quantitativo – commenta Mangiacavalli - la diagnosi secondo Oasi è semplice: con una densità medica (rapporto medici popolazione) medio-alta e una densità infermieristica medio-bassa, il rapporto infermieri-medici nel nostro paese è già oggi troppo basso, ma lo è soprattutto rispetto alle future esigenze.

E spiega – prosegue – che due dinamiche impongono importanti modificazioni nella composizione della forza lavoro (skill mix) tra infermieri e medici. La prima è l'emergere della cronicità e della "presa in carico" come questioni fondamentali per il sistema sanitario, con la conseguente necessità di riaggiustare il rapporto tra le diverse professioni. La seconda è la progressiva professionalizzazione degli infermieri che consente in molti ambiti lo sviluppo pieno e a pieno titolo del lavoro infermieristico di cui è propria l'assistenza».

Ma Oasi sottolinea anche che la terapia rischia di essere complessa, soprattutto in un contesto di limitazione del turnover come quello che caratterizza la parte, maggioritaria, del sistema sanitario alimentata da risorse pubbliche. Una modificazione nello skill mix è, infatti, una operazione lunga che implica, in termini molto semplificati, l'assunzione, costante nel tempo, di un certo numero di infermieri per ogni medico assunto. Si tratta di una scelta molto difficile da attuare, sia per una perdurante identificazione presso l'opinione pubblica della sanità più con la componente medica che con quella infermieristica, sia, e soprattutto, per la differente fungibilità che contraddistingue le due professioni (una carenza in una specialità medica non può essere coperta con un differente specialista).

«Per raggiungere l'obiettivo – dice ancora Mangiacavalli – Oasi ritiene necessario un intervento molto determinato, sorretto da una esplicita presa di posizione e pronto a scontare grandi problemi e resistenze nel breve periodo. Il taglio netto rispetto alle professioni consolidate prodotta dall'inserimento degli infermieri nel comparto e le limitate tipologie di riconoscimento disponibili sono vincoli che devono essere e molto probabilmente saranno superati dai nuovi contratti».

«Ma per quel che ci riguarda -spiega Mangiacavalli -, e lo stiamo sottolineando e chiedendo da tempo, sia pure senza azioni secche come scioperi e manifestazione che avrebbero sicuramente maggiore potere di chiarezza rispetto al management dei servizi, ma penalizzerebbero i nostro assistiti e la professione infermieristica questo non lo farebbe mai: abbiamo denunciato la mancanza di almeno 47mila infermieri per poter alzare il livello del servizio, specie sul territorio dove anziani, cronici e non autosufficienti vivono i loro bisogni. Abbiamo messo in evidenza le difficoltà legate agli organici ridotti che rischiano di coinvolgere anche i cittadini, ricordando che studi internazionali indicano che se i pazienti per infermiere scendono numericamente da 10 a 6, la mortalità si riduce del 20%: in Italia la proporzione media nazionale è di 12 pazienti per infermiere e se alcune Regioni – poche – ce la fanno a scendere anche se di poco sotto i 10, ce ne sono altre, ancora tra quelle in piano di rientro che di più scontano il blocco del turn over e la carenza di personale, dove si arriva anche a 18 pazienti per infermiere».

«Gli operatori del Ssn non ce la fanno più – conclude - . Il Ssn va rimodellato e la questione del personale affrontata senza soluzioni di facciata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

LAVORO E PROFESSIONE

04 Settembre 2015

Sceca l'ora dei test di ingresso: oggi tocca alle professioni sanitarie

SENTENZE

04 Novembre 2015

Leciti gli appalti nella sanità nei bandi pubblici

MEDICINA E RICERCA

13 Novembre 2015

Donazione di organi a cuore fermo: una realtà anche in Italia