



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



i focus
del Mattino

Sanità, enti, industrie il Mezzogiorno dei cento commissari

Nando Santonastaso

Il record probabilmente - ma si accettano smentite - appartiene al commissariato per la ricostruzione dell'Irpinia dopo il terremoto del 1980: è rimasto in attività per 32 anni. Ma in tutto il Sud la presenza di commissari, più meno speciali, è una prassi talmente diffusa da confondersi ormai con la gestione ordinaria: porti, teatri, enti, porti, aziende, persino i partiti. Quasi nessun settore ne è stato o ne è tuttora immune, come la sanità pubblica, dalla Campania alla Calabria. Facile allora comprendere l'appello lanciato ieri a Napoli dalle Fondazioni meridionali, tra cui le 21 firmatarie del documento del febbraio 2012 che indicava alla politica (ma invano) le priorità per impedire il baratro del Sud.

L'attesa



2 anni

Ilva Taranto

Da Bondi a Gnudi
ma il futuro dopo
la grave crisi resta
un'incognita



16 mesi

Scavi Pompei

Per spendere
i fondi Ue si è
scelta la strada
degli «esterni»



6 mesi

San Carlo

Il primo semestre
del commissario
scade il 30 giugno
Proroga in arrivo?

Ritardi, conflitti infiniti, pastoie burocratiche: così proliferano le gestioni straordinarie

Nando Santonastaso

«Basta con i commissari del Mezzogiorno perché le politiche di emergenza non possono rianimare il territorio». Lo si legge nell'incipit del testo finale che riassume il dibattito. Un messaggio molto chiaro nella sua semplicità: «Il Mezzogiorno è come un vagone con il freno a mano innestato: trascina giù tutto il convoglio. C'è bisogno di un sussulto che non può venire certo dai commissariamenti». Tesi sacrosanta ma al tempo stesso di non facile attuazione. Non solo perché sradicare le gestioni commissariali non è mai semplice e poi perché manca il presupposto di base: scelte di politica (e non solo di politica industriale) che assumano il Sud come il centro dal quale ripartire per garantire una crescita vera e unitaria al Paese. Ne sono consapevoli le stesse Fondazioni: «L'Italia delle riforme riparte dal Mezzogiorno», come è stato detto anche ieri, ha per ora il sapore di un appello, purtroppo non di una certezza.

Il porto di Napoli È solo l'ultimo anello in ordine di tempo della catena-commissari. Non è caso è stato il tasto più gettonato al confronto delle Fondazioni (vi hanno partecipato il viceministro all'Economia Morando, l'economista Lo Cicero, il presidente Svimez Giannola, l'imprenditore Zigon, il deputato Pd Impegno, il vicepresidente della Fondazione Sudd Santangelo, il presidente di Confitarma Giovani Garolla Di Bard). Non poteva essere diversamente con cin-

Ranieri
«Non c'è una carenza di risorse: c'entra anche la debolezza del sistema dei partiti»

«Enti, industrie, sanità e teatri Sud commissariato, ora basta»

Le Fondazioni meridionali: la politica non ha più visione

que commissari avvicendatisi in soli 14 mesi: da Francesco Dassatti a Felicio Angrisano (che gli è succeduto anche al comando generale delle Capitanerie di porto) a Francesco Karrer, già presidente del Consiglio superiore dei Lavori pubblici. Un caso di rilievo nazionale che si porta dietro anche le riflessioni sulla reale competitività della struttura: «Il mancato decollo del porto di Napoli in una scala euromediterranea - dice Massimo Lo Cicero - costa a un'azienda come la Getra, leader internazionale dei sistemi di generazione elettrica, in termini di mancati servizi non meno di 1 milione di euro all'anno». E Garolla Di Bard rincara la dose: «Nella portualità e nella logistica vige la regola della velocità: anche un giorno di ritardo pesa. Eppure basterebbero riforme a costo zero, uno sveltimento delle norme e una forte sburocrazizzazione per metterci in linea con i porti del Nord Europa e del Sud Mediterraneo che stanno ricevendo investimenti massicci per le tecnologie di supporto alla logistica».

I ritardi Il punto è proprio questo, il fattore tempo. Dice l'imprenditore Marco Zigon, presidente del gruppo Getra: «Se la politica continua a non avere visione dei processi e dei tempi in cui questi vanno realizzati, continueremo all'infinito con le gestioni commissariali. Che sono sicuramente affidate, nella stragrande maggioranza dei casi, a personalità di alta qualità tecnica e di assoluta competenza: ma che non possono sostituirsi all'infinito alle mancate decisioni della politi-

ca, del governo, dei ministeri». Già, la politica: Zigon non se la sente di scaricarle addosso tutta la responsabilità. «In effetti - dice - è anche colpa della società civile che non riesce a esprimere le condizioni nelle quali diventa naturale, non una novità,



”

I dubbi di Zigon

Non si avverte un'attenzione forte ai tempi dell'impresa. Così si rinviano le scelte e il Mezzogiorno arretra

la nomina del presidente di questo o di quell'ente. Ma è al Sud che certi fenomeni si sono incancreniti. Tutto l'opposto di quello che occorre: dall'innovazione alla nascita di una macroarea che superi le separatezze regionalistiche in cui siamo finiti».

L'elenco Torniamo ai commissari. Ce n'è, come detto, di tutti i tipi. Ha un commissario il teatro di San Carlo, sempre a Napoli: da sei mesi la responsabilità è affidata a un ma-

nager di grandi capacità come Michele Lignola il cui mandato dovrebbe scadere a fine giugno ma ci sono molte possibilità che venga prorogato di un altro semestre. È commissariata la sanità della Campania, soluzione che si riteneva provvisoria sin dai tempi dell'allora governatore Antonio Bassolino e che è invece è proseguita con Stefano Caldoro (e meno male che la cura dimagrante ha iniziato a dare i suoi frutti), con ripercussioni non solo sulla qualità complessiva dei servizi ma anche sulle tasse imposte ai cittadini. E il commissario è arrivato anche a Pompei, dove non ci sono problemi di risorse ma incognite di carattere tecnico-organizzativo che i governi degli ultimi due anni hanno ritenuto di non poter superare se non affidandosi, appunto, ad un «esterno». Ma basta spingersi più a Sud per capire come questo tema sia ormai indissolubilmente parte della storia stessa del Mezzogiorno. L'Ilva, ad esempio: il più grande polo siderurgico del territorio, è passato di recente dalle mani di Enrico Bondi a quelle dell'ex ministro Gnudi (ma in questo caso si può almeno parlare di un'emergenza esplosa dopo l'intervento della magistratura sullo scontro tra tutela della salute e tutela della produzione). Difficile calcolare cosa vuol dire sostituire una gestione ordinaria con provvedimenti straordinari al vertice di enti e istituzioni «in crisi»: di sicuro è la mancanza di prospettiva che fa sentire i suoi effetti a lunga scadenza.

La politica Dice Umberto Ranieri: «Il problema del Sud non è di risorse. Per molto tempo sono stati investiti nel Mezzogiorno circa 60 miliardi all'anno in spesa pubblica e incentivi al ritmo di 7 miliardi all'anno. Ma non si è investito in beni collettivi e servizi. Il clientelismo della Pa ha fatto il resto, mentre le Regioni hanno emulato i vizi dello Stato» e l'indebolimento dei partiti ha accresciuto la dimensione dei problemi». Si torna alla politica, insomma, la «grande assente» sull'emergenza Sud: «Finora il confronto sul Sud tra

le associazioni meridionali e il governo è stato difficile» dice Adriano Giannola. Al punto che nell'indifferenza generale «l'Italia ha perso ormai il suo mercato interno, il Sud appunto». Prova a difendere la politica Leonardo

Impegno: «Il governo Renzi - dice - è attento alle istanze del Mezzogiorno, lo dimostra la volontà di ascoltare da vicino le istanze delle Fondazioni meridionali. Non possiamo arrenderci all'idea che il Sud non possa trasformare in termini competitivi il vantaggio geo-politico di essere al centro del Mediterraneo, il mare dei nuovi traffici e delle economie in fase di sviluppo». Giusto ma intanto i conti bisogna farli con la situazione esistente: quella che obbliga gli investitori che puntano sulla logistica del Sud a spendere in media per ogni tonnellata di merce 10 euro in più di quanto spenderebbero se andassero a Rotterdam o nei grandi sistemi portuali del Nord Europa. E non c'entra solo il fatto che il Sud è lontano dal cuore dei grandi traffici europei...

Giannola
«L'Italia
ha ormai
perso
il suo unico
mercato:
che resta
il Sud»

L'analisi

I BUONI ACQUISTO WELFARE PER CREARE OCCUPAZIONE CON I SERVIZI ALLE FAMIGLIE

di MAURIZIO FERRERA

In confronto a Paesi come la Francia o il Regno Unito, in Italia mancano circa un milione di posti di lavoro nel settore dei servizi alle famiglie. Questa stima già tiene conto, in larga misura, delle badanti e di altre forme di aiuto domestico «in nero». Sappiamo che da noi il sistema-famiglia produce al suo interno un ampio ventaglio di servizi per i propri componenti, soprattutto per i bambini piccoli e gli anziani. Ma i numeri ci dicono che oggi tale sistema è sovraccarico. Il welfare «fai da te» non regge più, soprattutto per le madri (e sempre di più anche le figlie adulte) su cui ricadono troppi compiti. Più di 650 mila donne inattive che si prendono cura dei figli minori, di adulti malati o disabili, di anziani non autosufficienti dichiarano che vorrebbero lavorare, ma non possono farlo per l'insufficienza di servizi pubblici o per l'alto costo di quelli privati. Il carico di cura che grava sulle spalle di queste donne è così intenso che molte devono comunque ricorrere ad aiuti informali. La crisi ha accentuato il problema. Per salvaguardare un minimo di cura «professionale» per i non auto-sufficienti molte famiglie hanno dovuto ridurre i consumi, intaccare i risparmi, persino indebitarsi. Questo deficit di servizi è un problema, ovviamente, anche per chi è occupato e non sa come conciliare responsabilità lavorative e familiari. È da notare che in Italia non mancano solo fornitori di «cura», ma anche professionisti che offrano prestazioni «per la facilitazione della vita quotidiana», secondo l'espressione francese. Pensiamo all'assistenza informatica,

amministrativa, fisioterapia a domicilio. Oppure alle piccole riparazioni, alla manutenzione e vigilanza della casa; o ancora all'aiuto per trasporti e mobilità (bambini, anziani), alla preparazione di pasti, alle consegne a domicilio, al disbrigo di pratiche varie e così via. In altri Paesi sono disponibili ed economicamente abbordabili servizi di facilitazione che noi neppure ci immaginiamo (provate a consultare il sito chez-vous.com). La promozione di un moderno settore di «neoterziario sociale» potrebbe generare molti circoli virtuosi: più occupazione per giovani e donne, più opportunità di scelta e consumo, più conciliazione fra casa e lavoro, più libertà e più tempo a disposizione. Siccome gran parte dei vantaggi andrebbe alle donne, potrebbe finalmente scattare quella «molla rosa» pronta a dare impulso alla crescita economica grazie al fattore D: il lavoro e il talento femminili. Quali misure occorrono per muovere in questa direzione? Dati i vincoli di bilancio (e i noti problemi di inefficienza e rigidità), il settore pubblico non può essere la soluzione. Il mercato privato, da solo, non basta: per la maggior parte delle famiglie i suoi servizi (pensiamo ai nidi o alle case di cura) sono troppo cari. In altri Paesi (Francia, Belgio, Regno Unito) si è però trovata la soluzione: un sistema di voucher, di buoni-acquisto convenienti per chi compra e per chi vende (privati o terzo settore) grazie a un sussidio pubblico incorporato nel buono e ad agevolazioni fiscali (come l'abbattimento Iva). Un esempio emblematico di «secondo welfare», insomma. Dopo l'introduzione del cosiddetto

Cesu (il voucher, appunto), nel 2005, in Francia sono nate circa 10.000 nuove piccole società di servizi e sono stati creati più di 100 mila posti di lavoro solo nei primi dodici mesi. Anche in Italia si parla da tempo di voucher e molte regioni l'hanno già sperimentato. Occorre però una misura nazionale di ampio respiro, sennò la «molla» non scatta. Finalmente, le acque si stanno muovendo. Domani verrà infatti presentato in entrambi i rami del Parlamento un disegno di legge per l'istituzione di un voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia, che il Governo farebbe bene a recepire a fine giugno nell'ambito della cosiddetta «riforma del Terzo Settore». Quanto costerebbe questa misura? Secondo le stime del Censis, il primo anno lo Stato dovrebbe mettere

Il sistema**Voucher**

«Per rendere accessibili a una più ampia platea di famiglie servizi di cura che potrebbero liberare tante donne da un lavoro non retribuito di assistenza a bambini o anziani tra le mura domestiche, Paesi come Francia, Belgio e Regno Unito hanno introdotto un sistema di voucher. Si tratta di buoni-acquisto convenienti sia per chi li compra sia per chi li vende — un privato o un soggetto del cosiddetto terzo settore — grazie a un sussidio pubblico incorporato nel buono e ad agevolazioni fiscali (per esempio un abbattimento dell'Iva). In Francia, dopo che nel 2005 è stato introdotto il cosiddetto Cesu (il nome del voucher oltralpe), sono nate circa 10.000 piccole società di servizi e sono stati creati più di 100 mila posti di lavoro nell'arco di appena dodici mesi

sul piatto circa 1 miliardo e 300 milioni. A regime, il costo salirebbe a circa 3 miliardi e mezzo all'anno. Queste cifre non tengono però conto del maggiore gettito prodotto dai circoli virtuosi: Irpef, Iva e contributi sociali sulla nuova occupazione (regolare), gettito da settori limitrofi (cultura, intrattenimento, servizi alle imprese), risparmi su prestazioni pubbliche di assistenza e disoccupazione. Questi effetti si sono già prodotti negli altri Paesi, non sono «trucchi». Considerando il saldo netto fra uscite e entrate dello Stato, a regime il voucher costerebbe di fatto meno di 700 milioni l'anno, invece dei 3 miliardi e mezzo. Bisogna, ovviamente, trovare i soldi per l'investimento iniziale: gli effetti benefici sono ritardati nel tempo (almeno un paio d'anni). La cifra non è

La questione femminile

Molte donne sono ancora costrette a un impiego non retribuito di assistenza a bambini o anziani tra le mura domestiche

certo proibitiva e la si potrebbe sostenere con ricalibrature interne della spesa sociale. C'è però anche un'altra possibilità: l'Unione Europea. Non penso tanto ai fondi di coesione, quanto a un'iniziativa più ambiziosa: un «contratto» da proporre a Bruxelles. Consentiteci di sfiorare il deficit di uno «zero virgola» nel 2015 per realizzare la riforma. Di più, aiutateci anche voi a migliorare il nostro progetto, ad effettuare monitoraggio e valutazione (così siete certi che non imbrogliamo). Si sta per aprire il semestre di Presidenza italiana della Ue. L'iniziativa che suggerisco sarebbe una emblematica conferma che il nostro Paese sta davvero facendo i compiti a casa. Quelli che servono per la famosa «crescita inclusiva». Una riforma utile, valorizzata e sostenuta da un'Europa utile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Corte dei Conti. Alberti (Fiaso): “Su sanità osservazioni condivise da tempo. Ora diventino realtà”

Riforma dei ticket, applicazione dei costi standard e ripresa degli investimenti. Questa la ricetta della Corte dei Conti per la sanità italiana.

“Sembra sin troppo banale condividere l’appello della Corte dei Conti alla riforma dei ticket, all’applicazione dei costi standard e alla ripresa degli investimenti. Tutte cose che come Fiaso abbiamo proposto da tempo, ma che fino ad oggi non hanno trovato applicazione in reali provvedimenti di legge”. Ad affermarlo è **Fabio Valerio Alberti**, presidente Fiaso, commentando il Rapporto 2014 della Corte dei Conti sul coordinamento di finanza pubblica.

“Sui ticket – prosegue Alberti -, ben prima che il tema arrivasse sul tavolo del Patto per la Salute, abbiamo proposto al Ministro della salute una riforma all’insegna dell’equità, che agganciando le esenzioni, anche quelle per patologia, al reddito Isee, prevedendo una franchigia, in modo da porre un tetto annuo alla spesa. Tutto questo in modo da liberare risorse per ridurre la compartecipazione alla spesa per specialistica e diagnostica, che ha assunto nel tempo proporzioni tali da generare preoccupanti fenomeni di esclusione sociale. Per non parlare del fatto che ticket più elevati delle tariffe private hanno finito per generare problemi di competitività delle aziende pubbliche, con un dirottamento di prestazioni verso l’esterno a costi interni di gestione pressoché invariati”. Riguardo ai costi standard, secondo Alberti “bene hanno fatto i magistrati contabili a sollecitarne la loro applicazione, visto che troppe volte, anche da autorevoli esponenti del Governo, sentiamo parlare di loro messa a regime già avvenuta. Vale allora la pena ricordare che quei costi standard già approvati altro non sono che un diverso criterio di riparto del Fondo sanitario, che su 110 miliardi ha spostato appena poche centinaia di milioni. Altro che garze e siringhe allo stesso prezzo. Come se poi bastasse questo a risanare i conti della sanità. Quello che da tempo come Fiaso sosteniamo è invece la necessità di rivedere in profondità anche i criteri di riparto intra-regionali, che oggi assegnano le risorse alle aziende sanitarie senza aderenza ai reali fabbisogni del territorio e senza premialità verso chi è efficiente rispetto a chi non lo è, ponendo questioni etiche di fondo rispetto alle risorse assegnate a territori differenti. Riguardo i prezzi d’acquisto invece ben vengano le centrali di acquisto se ben raccordate con chi nelle aziende ha il polso del reale fabbisogno di beni e servizi. Ma attenzione a non voler standardizzare anche quello che non lo è, soprattutto nel campo della diagnostica strumentale, dove l’innovazione produce una costante diversificazione dell’offerta che non può essere ignorata, pena la caduta dei livelli di assistenza offerti”. Infine, sugli investimenti il presidente Fiaso sostiene la necessità di investire: “Diciamolo con chiarezza: da almeno dieci anni non si investe più in sanità. I nostri ospedali sono tra i più datati d’Europa e la loro dotazione strumentale non tiene più il passo dell’innovazione tecnologica. Bisogna tornare ad investire in sanità, perché questo fa bene alla salute ma anche alla nostra economia, visto il valore industriale dell’indotto sanitario e la capacità di incrementare la produttività insita in un sistema sanitario efficiente”.

“Il Ministro Lorenzin – conclude Alberti - ha assicurato che i risparmi derivanti dal Patto per la salute resteranno ‘in casa’. Questo è anche l’auspicio della Fiaso che, visti gli attuali livelli di finanziamento, ritiene indispensabile che le risorse derivanti dall’applicazione del Patto siano destinate interamente a una ripresa degli investimenti in sanità”.

Privacy e sanità. Ecco tutti gli interventi del Garante nel 2013, dal dossier sanitario all'Hiv

Accorgimenti per la non diffusione delle informazioni dei dossier sanitari, divieto di diffondere su siti web istituzionali dei Comuni ordinanze sull'esecuzione di trattamenti sanitari obbligatori, indicazioni per la corretta consegna a domicilio di presidi sanitari. Questi alcuni degli interventi messi in campo dal Garante della Privacy nel 2013 a tutela della riservatezza e della dignità dei pazienti, contenuti nella Relazione annuale.

"Il trattamento dei dati personali effettuato da parte di soggetti pubblici e privati per finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dell'interessato continua a formare oggetto di specifica attenzione da parte dell'Autorità". Esordisce così il capitolo dedicato alla Sanità della Relazione Annuale del Garante della Privacy sull'attività dell'anno 2013 presentata oggi dal presidente dell'Autorità, Antonello Soro.

Molte le questioni che hanno dettato regole generali di comportamento. A partire dall'informativa e il consenso al trattamento dei dati sanitari, così come costante è stata l'attenzione dell'Autorità nei confronti delle problematiche legate alla realizzazione a livello nazionale del Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e del dossier sanitario. In tale ambito, l'Autorità ha partecipato al tavolo di lavoro istituito presso il Ministero della salute ai fini dell'emanazione del decreto di attuazione del **Fascicolo sanitario elettronico (Fse)** in cui devono essere individuati, tra l'altro, i contenuti del Fse, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali, i sistemi di codifica dei dati, le modalità e i livelli diversificati di accesso al Fse, la definizione e le relative modalità di attribuzione di un codice identificativo univoco dell'assistito che non consenta l'identificazione diretta dell'interessato.

Nell'ambito delle attività svolte nel tavolo di lavoro, l'Autorità ha formulato numerose osservazioni con specifico riferimento al perseguimento di finalità ulteriori rispetto a quella di cura dell'interessato riconducibili a quelle di ricerca scientifica e di governo, nonché relativamente al diritto di oscuramento dei dati e al rispetto di elevati standard di sicurezza sia fisica che logica al fine di consentire l'accesso ai dati sanitari solo da parte del personale a ciò autorizzato.

In merito all'utilizzo dei **dossier sanitari** da parte delle strutture sanitarie sono state avviate diverse istruttorie, sia d'ufficio che a seguito di specifiche segnalazioni, al fine di verificare se i sistemi attualmente in uso rispettino le misure indicate dal Garante nelle citate linee guida. In tale provvedimento il Garante ha considerato quale dossier sanitario lo strumento costituito presso un organismo sanitario in qualità di unico titolare del trattamento al cui interno operino più professionisti (es., ospedale o azienda sanitaria), contenente informazioni inerenti allo stato di salute di un individuo relative ad eventi clinici presenti e trascorsi (es.: referti, documentazione relativa a ricoveri, accessi al pronto soccorso) volte a documentarne la storia clinica.

Le istruttorie avviate hanno coinvolto in particolar modo alcune strutture sanitarie pubbliche interessate da accertamenti ispettivi. I principali aspetti su cui si è concentrato l'intervento dell'Ufficio hanno riguardato le soluzioni adottate dalle diverse strutture sanitarie affinché l'accesso al dossier sia consentito ai soli professionisti sanitari che hanno attualmente in cura il paziente. Con specifico riferimento all'esigenza di limitare l'accesso al dossier sanitario da parte del personale non sanitario operante nelle strutture assistenziali, merita evidenziare che a seguito dell'intervento dell'Autorità, un'azienda per i servizi alla persona ha modificato i parametri di accesso al proprio dossier sanitario consentendo al solo personale che ha in cura i pazienti di visualizzarne le informazioni sanitarie. Prima dell'intervento dell'Autorità tale accesso era consentito anche al personale amministrativo e di direzione gestionale dell'azienda. Come già descritto nella Relazione 2012, con specifico riferimento all'utilizzo del dossier sanitario, l'Autorità ha effettuato un importante accertamento ispettivo nei confronti delle strutture sanitarie pubbliche di una regione, all'esito del quale ha adottato un provvedimento nei confronti di tutte le strutture sanitarie pubbliche regionali prescrivendo alle stesse le misure da adottare al fine di prevenire indebiti accessi da parte del personale sanitario ai dossier dei pazienti ove non sia in corso una prestazione sanitaria.

“Le misure prescritte dal Garante – si legge nella Relazione - hanno avuto un forte impatto sulla gestione dei servizi informativi sanitari regionali che ha dovuto implementare misure logiche e informatiche affinché i documenti sanitari trattati attraverso lo strumento del dossier sanitario restino disponibili solo al professionista che ha attualmente in cura il paziente (e non siano pertanto più automaticamente condivisi con altri professionisti che non lo abbiano in cura)”.

Viene frequentemente segnalata all'Autorità anche la **consegna di referti a soggetti diversi dall'interessato in busta aperta o senza verificare l'esistenza della delega per il ritiro degli stessi**. A tal proposito il Garante ha ricordato che le certificazioni rilasciate dagli organismi sanitari possono essere ritirate anche da persone diverse dai diretti interessati dopo aver verificato l'identità del soggetto a ciò delegato sulla base di idonei elementi (ad es., mediante l'esibizione di un documento di riconoscimento) e mediante la consegna delle stesse in busta chiusa.

L'Autorità è anche intervenuta in merito alle **modalità di custodia delle prescrizioni mediche** da parte di alcuni pediatri in attesa del loro ritiro da parte dei genitori. Nei casi esaminati le prescrizioni venivano collocate in contenitori non custoditi o affisse nelle bacheche situate nella sala di attesa dello studio medico, mentre “devono essere adottate idonee cautele per evitare che le informazioni sanitarie possano essere conosciute da terzi (nel caso di specie, i pazienti presenti in sala di attesa o quelli che erroneamente ritirino una prescrizione non propria)” e “l personale designato incaricato del trattamento (ad es., il personale di segreteria) deve essere debitamente istruito in ordine alle modalità di consegna dei documenti contenenti dati idonei a rivelare lo stato di salute”.

Interventi anche a seguito delle numerose segnalazioni ricevute in merito alle modalità con cui le aziende sanitarie – anche per il tramite di società operanti in outsourcing – effettuano la **consegna dei presidi sanitari al domicilio** degli interessati, per le quali l'Autorità ha ritenuto opportuno integrare il suddetto provvedimento del 2005, prescrivendo a tutte le strutture sanitarie di adeguare – entro giugno 2015 – le operazioni di consegna domiciliare dei presidi sanitari alle misure indicate nel provvedimento. Le segnalazioni ricevute lamentavano le modalità di consegna di specifici presidi, quali quelli utilizzati da persone incontinenti o stomizzate (ad es., cateteri, ausili per evacuazione e per stomia, raccoglitori e assorbenti per urina), recapitati in pacchi trasparenti o recanti sulla parte esterna o sulla bolla di consegna l'indicazione in chiaro della tipologia del contenuto, ovvero consegnati al vicino di casa o al portiere, in assenza di autorizzazione dell'interessato; in taluni casi, i predetti presidi sarebbero stati lasciati incustoditi davanti la porta di ingresso della dimora dell'interessato.

Al fine di porre rimedio a tale condotta il Garante ha individuato alcune misure da osservare nelle operazioni di consegna. In primo luogo, essa deve avvenire preferibilmente nelle mani dell'interessato rispettando gli orari scelti da quest'ultimo tra quelli indicati dal titolare; il presidio non può essere lasciato incustodito nelle vicinanze del luogo indicato dall'interessato; nel caso in cui quest'ultimo non sia presente al momento della consegna, il personale a ciò deputato deve lasciare esclusivamente un avviso privo dell'indicazione della tipologia del presidio. Il presidio deve essere imballato in un contenitore non trasparente sprovvisto di indicazione circa il suo contenuto; può essere consegnato a terzi (ad es., vicino di casa, parente, portiere) solo su espressa indicazione dell'interessato; il personale deputato alla consegna non deve indossare divise recanti scritte da cui si possa evincere la specifica tipologia dei presidi in consegna, né utilizzare automezzi recanti tali scritte.

Il richiamo al rispetto della dignità dei pazienti, si sottolinea nella Relazione, “è stato più volte necessario in merito alle **condizioni con cui vengono prestate le cure in numerosi ospedali italiani**”. In particolare il Garante ha ricordato che “le strutture sanitarie devono organizzare la prestazione dei servizi adottando opportuni accorgimenti a tutela delle libertà fondamentali e della dignità dei pazienti (ad es., per limitare la visibilità dell'interessato durante la visita o per evitare che in tali occasioni le informazioni sulla sua salute possano essere conosciute da terzi).

Con particolare riferimento alla delicatissima materia del trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni mediche a **pazienti affetti da HIV**, sono pervenute alcune segnalazioni con riferimento all'esibizione del codice di esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria previsto per le infezioni da HIV. Alcuni interessati, specie se residenti in piccoli centri, lamentano inoltre di dover effettuare le pratiche amministrative per il rilascio o il rinnovo dell'esenzione da HIV nella propria Asl di residenza, ove spesso è impiegato personale che, per le ragioni più varie, può avere conoscenza diretta dei pazienti.

“In merito a tali profili – spiega l'Autorità -, si è ritenuto opportuno avviare un confronto con il Ministero della salute - Direzione generale della programmazione sanitaria e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) - Dipartimento malattie infettive parassitarie e immunomediate, al fine di valutare la possibilità di individuare idonee cautele volte a non far evincere in modo immediato l'esistenza di un'infezione da HIV attraverso la mera presentazione del codice di esenzione all'atto della prenotazione o della prestazione sanitaria, nonché di individuare percorsi alternativi a quello previsto dalla legge per espletare le pratiche di rilascio o rinnovo dell'esenzione”.

Nel corso del 2013, inoltre, è arrivato dall'Autorità il parere sullo schema di accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee guida per la ricognizione dei trattamenti sanitari che prevedono **l'utilizzo di cellule e tessuti umani per trapianti sperimentali e per medicinali per terapie avanzate** al fine di rendere disponibili al Ministero della salute informazioni utili a valutare le reali potenzialità di impiego di tali trattamenti. In particolare, in attesa dell'istituzione di un registro nazionale, lo schema prevede di raccogliere, per ciascuna tipologia di trattamento sanitario, dati relativi al numero dei pazienti coinvolti, alle patologie curate, alle tipologie di tessuti e di cellule utilizzati, nonché al numero delle reazioni o eventi avversi gravi.

Nel rendere il proprio parere, l'Autorità ha chiesto di introdurre opportuni accorgimenti di aggregazione delle informazioni da raccogliere al fine di escludere il rischio di identificazione, anche indiretta, dei pazienti interessati facendo riferimento ai parametri individuati dal codice deontologico per i trattamenti di dati personali per scopi statistici e scientifici.

Spesa per disabilità. Fish denuncia: “Italia in fondo alla classifica UE”

“Dall’Istat il sigillo ufficiale sul disastroso stato delle politiche per l’inclusione e la disabilità in Italia”. Secondo i dati, in Italia “il 52% della spesa in protezione sociale, che comprende Sanità, Previdenza e Assistenza, se ne va in pensioni di anzianità e vecchiaia (39,9% in Europa) mentre al sostegno alle persone con disabilità va solo il 5,8% (contro del 7,7% europeo).”

“Arriva dall’ISTAT il sigillo ufficiale sul disastroso stato delle politiche per l’inclusione e la disabilità in Italia su cui da anni FISH chiede un intervento radicale e di sistema”. La denuncia e l’appello arrivano oggi da Vincenzo Falabella, presidente della Federazione Italiana per il Superamento dell’Handicap, che commenta così i dati del rapporto annuale 2014 ISTAT sulla situazione del Paese. “I dati più preoccupanti si leggono nel quarto capitolo del Rapporto che ci offre uno spaccato delle condizioni di vita delle famiglie e delle politiche di welfare del nostro Paese”. Tra i 28 Stati membri dell’UE, rileva infatti la Fish, l’Italia è settima per la spesa in protezione sociale che comprende la spesa in Sanità, Previdenza e Assistenza. Nel 2011, l’Italia ha destinato per questa funzione il 29,7% del proprio Prodotto Interno Lordo, valore al di sopra della media europea, pari al 29% del PIL. “Sembra una buona notizia ma questa settima posizione è caratterizzata da forti disomogeneità rispetto alle voci di spesa: in pensioni di anzianità e vecchiaia se ne va il 52% contro la media europea del 39,9 e pone l’Italia in cima alla classifica. Il nostro Paese è invece penultimo per la voce “Famiglia, maternità e infanzia” con il 4,8% (la media europea è l’8%). Tradotto: 1,4 del PIL. Va molto male per la spesa destinata alle persone con disabilità: nel 2011, è stata pari in Italia al 5,8% della spesa complessiva in protezione sociale, a fronte del 7,7% della media europea. Si tratta di pensioni di invalidità, contributi per favorire l’inserimento lavorativo, servizi finalizzati all’assistenza e all’inclusione sociale e strutture residenziali”, precisa la Fish. “Questo – sottolinea ancora la Federazione per il superamento dell’Handicap - ci colloca tra i Paesi con le percentuali più basse di spesa destinata alla disabilità. A spendere percentualmente meno dell’Italia sono solo Grecia, Irlanda, Malta e Cipro. Prestazioni che pesano solo per l’1,7% sul nostro Prodotto Interno Lordo. Di questa percentuale l’1 per cento è destinato alle provvidenze (pensioni e indennità) per l’invalidità civile e solo lo 0,7 del PIL è destinato ai servizi per l’inclusione sociale o per strutture residenziali”.

“Chi ha ipotizzato che sia sufficiente razionalizzare la spesa sociale, magari spostando la spesa per voci, è smentito dalle cifre. È necessario aumentare l’intervento economico per allinearci almeno alla media europea, cioè investire sulla disabilità come minimo un altro mezzo punto di PIL e altrettanto su famiglia, infanzia, maternità”, osserva Falabella.

I dati di raffronto con l’Europa, sottolinea poi la Fish, si sommano a “quelli drammatici sull’impoverimento e sulla fortissima sperequazione fra Nord e Sud del Paese. Solo per citarne uno, nell’area disabilità le differenze territoriali risultano insostenibili: mediamente un Cittadino con disabilità residente al Nord-Est usufruisce di servizi e interventi per una spesa annua pari a 5.370 euro, contro i 777 euro del Sud”.

“La disabilità e la non autosufficienza – ricorda Falabella – sono uno dei primi elementi di impoverimento e di rischio di povertà delle famiglie e degli individui. È a rischio la coesione sociale, un insidioso pericolo figlio dell’esclusione su cui bisogna intervenire poiché è un’emergenza e una priorità”.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Le Giornate Scientifiche della Sun

Gli «stati generali» della ricerca

Viale Ellittico, mille prof all'ottava edizione della duegiorni casertana

Oltre 550 lavori scientifici, più di mille professori e ricercatori, insieme ai loro collaboratori scientifici e tecnici, agli allievi dei corsi di dottorato e gli strutturati, si radunano per confrontarsi sulle ragioni, sulle modalità e sui risultati del loro fare ricerca. Si apre l'ottava edizione delle Giornate Scientifiche di Ateneo della Sun, un'occasione anche per il mondo della cultura, delle professioni, della produzione, per condividere attivamente la sua riflessione sulla ricerca scientifica, nata con l'obiettivo di consentire a tutti i ricercatori

dell'Ateneo di contribuire a valutare lo stato e le prospettive della ricerca scientifica, la capacità di trasferire tecnologie e conoscenze e di promuovere innovazione.

L'inaugurazione della due giorni dedicata alla Ricerca Scientifica della Sun è fissata per oggi alle ore 17, presso il complesso di viale Ellittico a Caserta. La prima lectio magistralis sarà di Walter Ricciardi, direttore Dipartimento di sanità pubblica, Policlinico Universitario Agostino Gemelli, su «Politiche sanitarie europee: quali implicazioni per l'Italia?», cui seguirà l'intervento di Gregorio Angelini, direttore regionale per i Beni Culturali e Paesaggistici della Campania, sul tema «Archivio, Territo-



Il meeting Si apre oggi alle 17 e terminerà domani

rio, Beni Culturali». Al termine del pomeriggio sarà inaugurato il Laboratorio Cosme (Centro Osservatorio sul Mezzogiorno d'Europa) del Dipartimento di Scienze Politiche Jean Monnet.

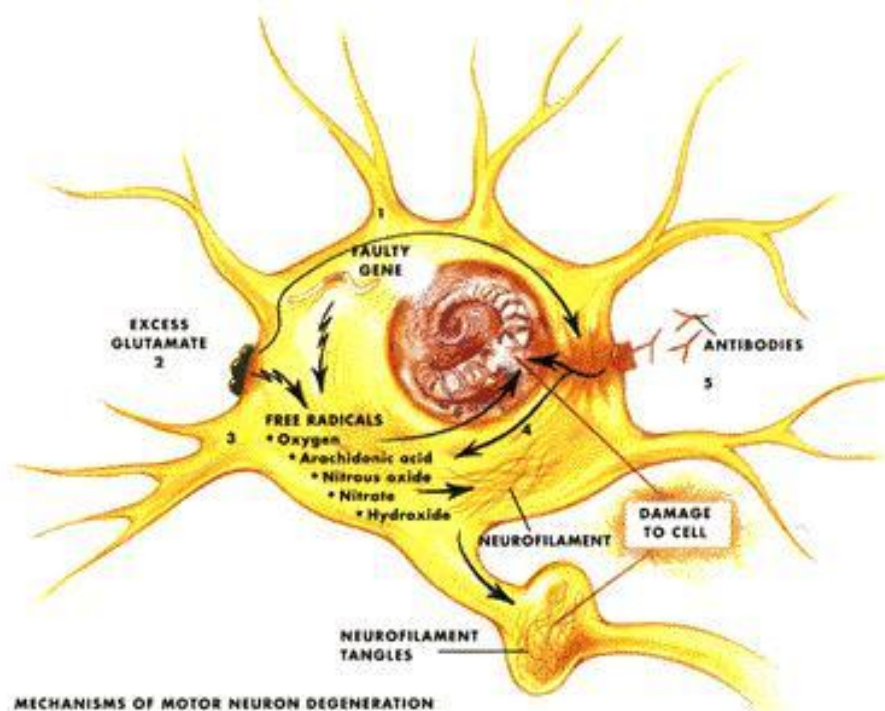
La seconda ed ultima Giornata, domani, si aprirà alle ore 9 e 30 presso il Chiostro di Sant'Andrea delle Dame a Napoli. La mattinata sarà dedicata a due sessioni congiunte: Scienze della Natura, dell'Innovazione Tecnologica e del Progetto e Scienze della Società e delle Relazioni, con l'affissione dei poster con i lavori scientifici del settore e la lectio magistralis su «Tecnologie e formazione: riflessioni dopo vent'anni di applicazioni nell'e-learning» tenuta da Valerio Eletti, direttore scientifico Complexity Education Project, Università di Roma La Sapienza. Il pomeriggio si terrà infine l'esposizione dei poster scientifici relativi alle sessioni di Scienze della Vita e della Salute e dei Dottorati di Ricerca. La seconda ed ultima lectio magistralis sarà tenuta da Alfonso Siani, direttore Istituto di Scienze dell'Alimentazione - Cnr, Avellino, sul tema «Un futuro per il cibo o un cibo per il futuro?».

La manifestazione, inoltre, come di consueto, porrà una particolare attenzione agli allievi dei Corsi di Dottorato di Ricerca, per i quali è prevista una cerimonia per la consegna delle pergamene e la premiazione dei migliori contributi scientifici, coordinata da Marina Porcelli, Delegato per i Dottorati di Ricerca.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Cosmesi. Il boom del naturale mediterraneo dopo la moda dell'etnico. Proprietà e vantaggi Ma fate attenzione alle possibili allergie cutanee

Bionutrienti antiage in stile italiano

CLAUDIA BORTOLATO

QUALCUNO l'ha ribattezzata "Natural Nourishment" ed è l'esigenza, sempre più sentita, di preferire prodotti integralmente sostenibili, nel senso della loro origine naturale e biologica. Largo ai cosmetici biologici e "verdi". «C'è un diffuso bisogno di "nutrire" il proprio corpo non solo in termini alimentari, ma anche cosmetici, con gli stessi "ingredienti" biologici e naturali di cui esso stesso è costituito», ricorda Umberto Borellini, docente di Cosmetologia, università di Pavia. Un trend confermato dai numeri sia in erboristeria (410 milioni di euro) che in farmacia (1.750 milioni di euro).

E tra i vari cosmetici naturali, sempre più apprezzati sono quelli dal mood "etnico": aceri dalla Corea, ad esempio, da cui si estrae un linfa utilizzata al posto dell'acqua nei sieri antirughe; i fiori di tiarè dalla Polinesia, da cui deriva il famoso olio di monoi, incluso nelle basi di soins per il corpo e per i capelli per l'azione emolliente, nutriente, idratante; il tè bianco dal Giappone, buon antiage, le alghe rosse dalla Nuova Zelanda e quelle alghe brune dalla Bretagna, per le creme corpo ad attività "snellente" e drenante.

Ma prende piede anche in cosmetica la riscop-

mi, meglio se biologici: arance sanguinelle, limoni, bergamotto, clementine. «Sono una fonte privilegiata di vitamina C, essenziale per la sintesi del collagene, ma utile anche come attivo schiarante e illuminante e come calmante di prurito e rossori provocati da eritemi o da altre irritazioni cutanee. Inoltre, gli agrumi - limoni e pompelmi soprattutto - sono ricchi di oli essenziali che stimolano il drenaggio e la combustione dei grassi e per questo spesso inclusi nelle creme anticellulite», ricorda Borellini. Poi c'è lo zafferano, con crocina e crocetina, antiossidanti che contrastano l'invecchiamento cellulare e stimolano le difese immunitarie. Tra le novità, presentate a maggio, al Cosmofarma di Bologna, i biocosmetici antirughe fermentati, ovvero formule con cocktail di sostanze vegetali, come soia, riso, grano, pisello ottenuti attraverso digestione enzimatica (fermenti lattici), che renderebbe queste sostanze meglio assimilabili dalla pelle.

Naturale, però, non è sinonimo di "ipoallergenico". «C'è rischio di innescare possibili intolleranze o allergie cutanee, su una base di predisposizione individuale. Inoltre, molti estratti botanici come quelli di agrumi, fico, iperico, soprattutto con la concomitante esposizione al sole, possono scatenare reazioni di foto-tossicità», conclude il dermatologo Di Stanislao.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli antirughe fermentati, cocktail di sostanze vegetali più facili da assimilare

perta di attivi estratti da piante e fiori provenienti dal territorio italiano (e, spesso, a km 0). «L'olio extravergine d'oliva, per esempio, è tra gli ingredienti verdi più utilizzati da sempre: merito del suo essere un ottimo emolliente, particolarmente indicato per le pelli secche e disidratate, soprattutto quando esposte al sole. Ma ideale anche per tutte le altre epidermidi, incluse quelle sensibili e quelle grasse, per via del pH acido che aiuta a normalizzare la secrezione sebacea», ricorda Carlo Di Stanislao, dermatologo, università L'Aquila. Molto impiegato anche l'olio di girasole. «È ricco di vitamina E, in percentuali maggiori rispetto ad altri oli e burri vegetali, e di altre vitamine antiossidanti, come la A e la C, di vitamina D e di carotenoidi. Pertanto, è un potente anti-età», dice ancora Di Stanislao. Sempre più inseriti nelle formule cosmetiche anche gli agru-

> A TAVOLA
EUGENIO DELTOMA



I CIBI "MALSANI" E L'OMS

Non condivido la tendenza paternalistica dell'OMS a trasferire sui cibi le colpe dei comportamenti umani, tanto da utilizzare a sproposito il termine "unhealthy" (malsano, insalubre) per alimenti che apportano comunque nutrienti utili se contenuti, col normale buonsenso, nei limiti positivi del gratificante. La storia del

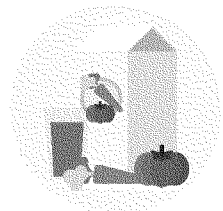
proibizionismo dell'alcol che non è un nutriente ma un tossico, perciò non comparabile ai cibi troppo grassi o troppo zuccherini, ha confermato quanto sia più utile rafforzare l'autocontrollo che viene dalla consapevolezza acquisita in famiglia e a scuola piuttosto che dai veti delle autorità. Il pericolo delle multe per eccesso di velocità non scoraggerà mai un giovane quanto una metodica responsabilizzazione, altrettanto si dovrebbe pensare per chi eccede in dolciumi o in alimenti fritti, salati e arricchiti di grassi. Sconsigliare alcuni cibi in commercio (quindi tutt'altro che insalubri) può essere una doverosa prescrizione del medico per dei pazienti obesi, dislipidemiche o forzatamente sedentari, ma non sarà mai una proposta ragionevole per chi ha la fortuna di spendere

in uno stile di vita attivo il propellente energetico degli alimenti. Più di mezzo chilo di pane e almeno due etti di pasta al giorno erano indispensabili per vangare la terra, ai tempi della dieta mediterranea, ma oggi sarebbero semplicemente inadatti per chi vive dietro un computer o alla cassa di un supermercato.

edeltoma@gmail.com

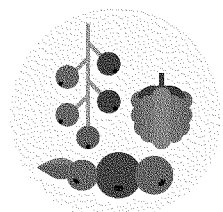
© RIPRODUZIONE RISERVATA

ATTIVI COSMETICI "VERDI" E A KM 0



Carote e Pomodori

Succhi, integratori e creme contenenti derivati e principi attivi di **carote** e **pomodori** fonte di carotene e licopene prevengono le scottature e l'eritema solare



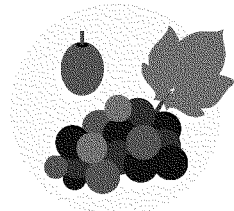
Frutti di bosco

Mirtillo, decongestionante e lenitivo; ribes e lampone con pectine e zuccheri astringenti: sono attivi ideali per le pelli con couperose



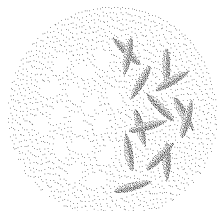
Liquirizia

Grazie all'acido glicirrizico, glicoside triterpenico, lenisce gli arrossamenti e le irritazioni cutanee



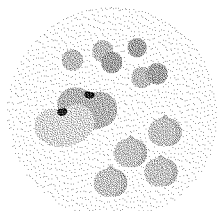
Uva

I polifenoli, il resveratrolo e i procianidoli hanno un effetto antinvecchiamento e di miglioramento del microcircolo



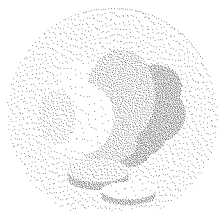
Riso e Avena

Sono fonte di gammaorizanol un antiossidante che protegge dai raggi UV. Soprattutto l'avena contiene anche sostanze molto emollienti e lenitive, adatte per le pelli sensibili, anche dei bambini



Soia, piselli e altri legumi

Contengono fitoestrogeni che sono rassodanti, tonificanti e uniformanti del colorito



Tartufo bianco

COSMETICI NATURALI

I principi attivi vegetali, cioè derivati da piante ed erbe, devono costituire almeno il 95% in peso del prodotto totale. Il resto può essere composto d'ingredienti e veicoli sintetici che ne garantiscono la conservazione

COSMETICI BIOLOGICI

I derivati da piante ed erbe devono costituire non meno del 95% in peso del prodotto totale. Gli ingredienti biologici certificati devono rappresentare tra il 95 ed il 70% in peso



TEST CUTANEO "FAI DA TE"

Per testare la reattività a un nuovo cosmetico: applicare un po' di prodotto nell'incavo del gomito o dietro l'orecchio. Se dopo qualche ora la zona si arrossa, il prodotto è da evitare, perché contiene ingredienti irritanti per la propria pelle



"MANUTENZIONE CASALINGA" DEI COSMETICI

Per limitare il rischio di contaminazione batterica: in assenza dell'apposita spatolina, lavare e asciugare le mani prima di prelevare il prodotto

Viaggio nel cervello autistico tra blocchi e “superpoteri”

La zoologa americana Temple Grandin, che soffre della sindrome, racconta il suo mondo isolato

PIERO BIANUCCI

Strana e terribile sindrome, quella dell'autismo. Il bambino autistico non comunica, ha una sensibilità eccessiva a certi stimoli ed è insensibile ad altri, stenta a riconoscere i visi. Temple Grandin, 67 anni, è nata autistica. Ma insegna zoologia alla Colorado State University, progetta attrezzi per l'allevamento degli animali ed è una brava musicista. Il suo caso clinico è diventato un caso letterario. Di lei ha scritto Oliver Sacks, neurologo e brillante narratore, nel saggio *Un antropologo su Marte*. Lei stessa è autrice de *La macchina degli abbracci*, pubblicato da Adelphi nel 2007, e ora lo stesso editore manda in libreria *Il cervello autistico*, una sorta di autobiografia clinica che la Grandin ha scritto con il divulgatore scientifico Richard Panek (272 pagine, 22 euro).

Per secoli i bambini autistici sono stati respinti ai margini della società se non chiusi in manicomi. La sindrome veniva liquidata come un generico «danno cerebrale». Nel 1943 due neurologi tentarono di descriverla: Leo Kanner ne vide solo gli aspetti drammatici, Hans Asperger riconobbe nei bambini con autismo anche potenzialità superiori alla media. Definiti i sintomi, arriva la statistica: stando ai dati raccolti da un apposito centro americano, nel 2002 un bambino su 150 era affetto da autismo, nel 2012 si sale a 1 su 88, in certe comunità 1 su 33. Serpeggia una pericolosa leggenda metropolitana secondo la quale è il vaccino esavalente a scatenare la sindrome. Risale a uno studio del 1998 smentito dalla comunità scientifica e dalla stessa rivista che lo aveva pubblicato.

La cultura psicoanalitica che negli anni 50 incominciava a permeare gli Stati Uniti fece sì che nell'autismo si vedesse una conseguenza di relazioni sbagliate o assenti tra genitori e figli. Migliaia di madri furono colpevolizzate: i loro bambini erano autistici perché non li avevano guardati negli occhi mentre li allattavano (cosa tecnicamente quasi impossibile), perché li avevano lasciati a lungo soli, perché non li amavano. L'autismo era una malattia dell'ambiente e all'origine c'erano le «madri frigorifero». Ci vollero anni perché si capisse che i genitori finivano per allontanarsi dai figli autistici perché da loro respinti e non viceversa. Un altro rovesciamento del punto di vista riguardò i bambini con autismo: avevano molti problemi, ma anche doti speciali come una potente immaginazione visiva, insolita memoria a breve e medio termine, sguardo dalla precisione fotografica, creatività. Maurice Dirac, forse il più grande fisico del Novecento dopo Einstein, aveva sintomi autistici.

Temple Grandin accompagna il lettore in un romanzesco viaggio dentro il cervello autistico. Nel 1987 fu la prima a guardare dentro il proprio con la risonanza magnetica: il suo cervello non era simmetrico, aveva il ventricolo sinistro più lungo del destro. Anche le amigdale - sede della paura - erano più grandi della media. Ma la maggior parte delle persone con autismo non ha evidenti anomalie cerebrali. Negli Anni 90 la risonanza magnetica funzionale permise di vedere quali parti del cervello si attivano mentre pensiamo, ricordiamo, ascoltiamo musica. Peccato, osserva la Grandin, che il neuroimaging non possa distinguere tra causa ed effetto. Ottenuta nel 2001 la mappa completa del genoma umano, nacque un progetto di ricerca sul Dna delle persone con autismo. Venne fuori



*Temple Grandin, 67 anni, è nata autistica. Insegna zoologia alla Colorado State University. Ha scritto *La macchina degli abbracci*, pubblicato da Adelphi nel 2007, e ora lo stesso editore manda in libreria *Il cervello autistico*, una autobiografia clinica che la Grandin ha scritto con il divulgatore scientifico Richard Panek*

una mutazione nel gene che codifica una proteina da cui dipende lo sviluppo delle connessioni tra i 100 miliardi di neuroni del nostro cervello. In realtà si vide poi che le varianti genetiche sono molte, un groviglio quasi inestricabile.

Oggi anche grazie al lavoro di Temple Grandin sappiamo che non esiste l'autismo, ne esiste una infinita serie di sfumature. Ogni caso è unico. E' possibile ridurre i sintomi negativi e accentuare le doti positive. L'intelligenza visiva degli autistici può risolvere problemi di matematica e di fisica (come fece Feynman disegnando i diagrammi che spiegano gli effetti quantistici). Se affrontiamo un test come quello riportato alla fine del libro, scopriremo che tutti hanno qualche tratto autistico. E troveremo un elenco di 64 professioni particolarmente adatte ai diversi tratti autistici. Dall'idraulico al designer al giornalista.

LE CAUSE

Una mutazione genetica potrebbe esserne l'origine ma ogni caso è diverso

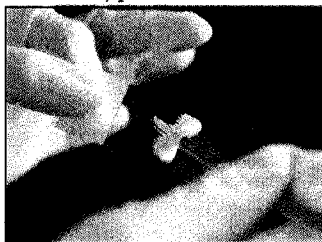
soluzione problemi di matematica e di fisica (come fece Feynman disegnando i diagrammi che spiegano gli effetti quantistici). Se affrontiamo un test come quello riportato alla fine del libro, scopriremo che tutti hanno qualche tratto autistico. E troveremo un elenco di 64 professioni particolarmente adatte ai diversi tratti autistici. Dall'idraulico al designer al giornalista.

Messo a punto dai ricercatori francesi

L'autotest scopre tumore all'utero

DI SIMONETTA SCARANE

Si deve alla massiccia campagna di prevenzione effettuata con il pap-test se il tumore al collo dell'utero ha ridotto la sua incidenza di mortalità. L'esame ginecologico permette di individuare le lesioni al collo dell'utero prima che diventino cancerose. Ora, una équipe di ricercatori francesi ha messo a punto un «test fai da te», per donne che vogliono farsi da sole l'esame, a casa propria, scoprendo, con altrettanta precisione del pap test, l'eventuale



presenza di lesioni alla cervice dell'utero causate dal papilloma virus, all'origine del cancro al collo dell'utero, secondo o terzo tipo di carcinoma più diffuso fra la popolazione femminile. Questo tumore nei paesi con poca prevenzione è il 2° o 3° più frequente fra la popolazione femminile. In Francia, dove da 60 anni è attivo uno screening sistematico sulle donne da 25 a 65 anni, è sceso al 15° posto come causa di morte, secondo i dati dell'Autorità in

materia di sanità. Se in Francia, dove è stato inventato il kit per «l'esame fai da te» questo venisse messo a disposizione delle donne nelle pieghe del servizio pubblico francese, l'efficacia della prevenzione potrebbe essere tale da arrivare a debellare definitivamente questo tipo di tumore. Il kit per l'autotest sarebbe destinato a quelle donne che, ancora, continuano a non volersi sottoporre al test intimo. Di qui, l'inter-

esse sociale del test fai da te, che secondo il principale autore dello studio pubblicato sul bollettino epidemiologico, Ken Hague-noer, ricercatore all'ospedale di Tours dovrebbe raddoppiare il numero delle donne sottoposte allo screening e al servizio sanitario costerà lo stesso prezzo del pap test. L'autotest è facile da fare a casa: basterà prelevare qualche cellula strisciando l'apposito bastoncino che poi verrà subito riposto in un barattolino di plastica e inviato al laboratorio di analisi. In caso di risposta positiva il pap test dovrà essere fatto.

—© Riproduzione riservata—■

Osteomieliti. Se con una frattura esposta entrano i batteri, diventa molto difficile eliminarli. Quattro i centri di eccellenza in Italia

Infezioni ossee ecco le terapie per contrastarle

CECILIA RANZA

Più di un terzo (32%) del budget dell'ortopedia italiana è impegnato nella lotta alle osteomieliti, le infezioni dell'osso. «I costi diretti (sanitari), indiretti (impegno dei familiari) e personali (in primis le assenze lavorative di malati spesso giovani) fanno schizzare l'onere a 120 mila euro/anno per ogni paziente», afferma Giorgio Calori, primario COR (Chirurgia Ortopedica Riparativa) dell'Istituto G. Pini di Milano.

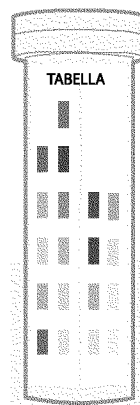
Sono 85 mila le persone, tra malati, personale sanitario e familiari coinvolte ogni anno da queste infezioni devastanti, sostenute da batteri difficili come lo Stafilococco aureo. «A rischio di osteomieliti sono i traumi osteo-articolari (fratture, interventi ortopedici, infortuni), ma anche le lesioni gravi di tipo vascolare in corso di diabete o tumori», precisa Calori. Aggiunge Giuseppe Mineo, direttore scientifico del Pini, durante la celebrazione dei 140 anni dell'Istituto: «Il COR del Pini è uno dei quattro centri di eccellenza ("hub") italiani in grado di erogare la migliore assistenza disponibile. Anzi: il reparto di Calori segue casi di alta complessità, che arrivano qui da ogni regione». L'Italia ha per ora quattro hub: Milano, Cortina, Pietra Ligure, Firenze (ospedale Careggi per le osteomieliti di origine oncologica). «Si lavora con ANIO (Associazione Infezioni Osteoarticolari) che indirizza i pazienti dal punto di vista medico e li sostiene sotto il profilo assistenziale e burocratico» precisa Mineo.

Calori, attuale presidente di ESTROT, Società europea per la rigenerazione tissutale in traumatologia ortopedica, spiega: «Il rischio di osteomielite è abbattuto inquadrando i possibili fattori di rischio del paziente (età, sesso, malattie già presenti, fumo, alcol, altre terapie in corso) e la gravità del trauma, per decidere come agire singolarmente, dalla profilassi

antibiotica al tipo di intervento. È un vero e proprio approccio sartoriale, dalla sola stabilizzazione dell'osso nei casi meno gravi, alla rigenerazione tissutale in quelli più complessi. Le protesi più attuali sono disegnate una per una e utilizzano plastiche e ceramiche più resistenti e sicure. La frontiera sono le megaprotesi: sostituiscono ossa intere, di arti inferiori o superiori, quando il recupero non è più possibile».

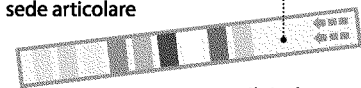
Migliora anche la diagnostica: «Oggi bastano 50 centesimi di euro, grazie a stick (LE Strip) che reagiscono velocemente, con altissima sensibilità e specificità, alla presenza di globuli bianchi, segnale di infezione. Il principio è lo stesso dei test di gravidanza. Per infezioni massicce il test di elezione è invece il classico ELISA» precisa Calori. «La terapia, infine, poggia su algoritmi dedicati». C'è anche la NATO a seguire con estremo interesse questi sviluppi di alto profilo. Spiega Calori: «Nei militari il tasso di osteomieliti è fino a 3,6 volte superiore rispetto ai civili e i batteri responsabili sono inusuali e molto più aggressivi, come l'Acinetobacter».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL TEST

«Le Stick» costa appena 50 centesimi. La striscia si applica direttamente nella sede articolare



Striscia

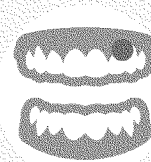
Rileva la presenza e la quantità di globuli bianchi (leucociti), segnale di infezione

Il risultato, determinato da un colore, viene confrontato con quelli presenti nella tabella

COME COLPISCE L'infezione dell'osso può avvenire da:

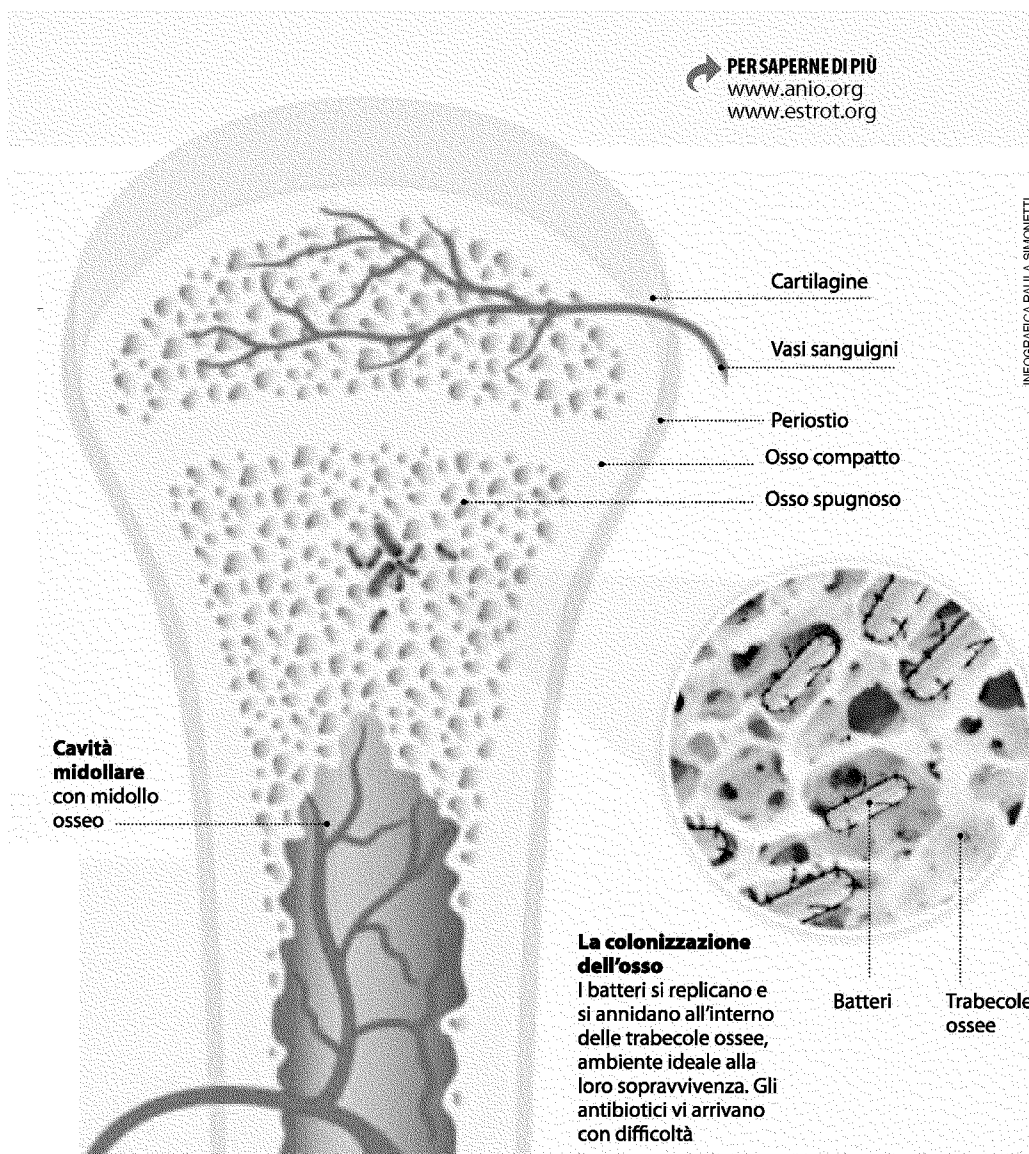


A Batteri vicini
 Questi batteri sono presenti nei tessuti limitrofi all'osso, a causa di una infezione, di una frattura esposta o di una ferita



B Batteri lontani
 Possono essere presenti nel sangue, provenire da altri distretti o organi nei quali è in atto un'infezione (denti, ascessi, polmoni, ecc)

PERSAPERNE DI PIÙ
www.anio.org
www.estrot.org





Il progetto “Afa” per combattere il diabete tipo 2

L'INIZIATIVA

SEDENTARIETÀ, stress e cattive abitudini alimentari. Come combattere fattori di rischio che si ripercuotono anche sul cosiddetto diabete di tipo 2, quello alimentare? A promuovere “Afa” (Attività fisica adattata) come strumento di prevenzione e di terapia ci ha pensato la cattedra di Igiene del dipartimento di Scienze motorie e Benessere del II Ateneo insieme ad Arsan e Sanità pubblica di Torino, Roma, Foggia e Palermo. La triade vincente nel diabete è

rappresentata, avvertono gli esperti, dal percorso educativo dei pazienti, dal supporto farmacologico e dall'attività fisica.

Il progetto propone un modello socio-assistenziale che, modulato secondo le diverse realtà regionali, si basa su periodici incontri di counseling motorio e nutrizionale e su programmi strutturati di Afa. Coordinato da Giorgio Liguori, ordinario di Igiene e responsabile scientifico, prevede l'arruolamento di diabetici di tipo 2 tra i 50 e i 70 anni da parte dei medici di famiglia di Vomero, Arenella, Bacoli, Monte di Procida e Pozzuoli, territori da cui è partita la fase pilota.

I pazienti vengono inviati nelle palestre

convenzionate (selezionate attraverso un bando), tra cui la Body and Soul di Raffaele Bevivino, dove seguono gratuitamente i percorsi motori predisposti da professionisti del fitness e modulati alle loro condizioni. Si parte da un set di esercizi specifici organizzati con tempi ed intensità variabili ma controllate, per ottenere una riduzione della glicemia sistemica a medio e a lungo termine. Contemporaneamente, i soggetti arruolati prendono parte al percorso di counseling nutrizionale e psicologico, per migliorare l'approccio a un regime alimentare corretto e per accrescere l'automotivazione all'attività motoria. I pazienti vengono monitorati costantemente non solo per analizzarne valori ematici e indicatori di forza, ma anche per rilevare cambiamenti nell'alimentazione e nel peso corporeo.

I primi risultati hanno rivelato un impatto positivo con una diminuzione dei chili in eccesso, mentre i pazienti già avrebbero percepito un miglioramento di salute e qualità di vita. Vuol dire che adesso per loro è più agevole allacciarsi le scarpe, salire le scale o alzarsi dalla sedia. I medici di famiglia hanno invece segnalato un progressivo miglioramento dei parametri biochimici e del controllo glicometabolico, oltre ad una generale diminuzione del consumo di farmaci ipoglicemizzanti. «Il riscontro

Incontri periodici e un modello socio-assistenziale per i pazienti
La fase pilota parte da Pozzuoli, Vomero, Arenella, Bacoli

positivo — commenta il presidente della V municipalità Mario Coppeto — e i risultati già raggiunti ci fanno sperare in una diffusione più ampia di programmi Afa, con un'integrazione tra gli ambiti socio-sanitari e di scienze motorie anche a livello regionale».

(g. d. b.)

Emdr. Con l'elettroencefalogramma "fotografati" gli effetti della terapia desensibilizzante su 60 volontari. Procedura assai utilizzata ma non accettata da tutti

Così si rimuove un trauma

FRANCESCO CRO*

RIVIVERE un evento traumatico per integrarlo nella propria coscienza, superando i sintomi psicopatologici conseguenti alla sua mancata elaborazione: è l'obiettivo ideale di molti trattamenti psicoterapeutici, che si propongono di aiutare i pazienti a prendere contatto con le proprie rappresentazioni psichiche non coscienti o non tollerabili, per imparare finalmente a gestirle. Ora i ricercatori sono riusciti a "visualizzare il trauma" nel cervello di persone colpite da eventi catastrofici e a documentare la sua elaborazione dopo un trattamento con la tecnica chiamata EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing, o Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari).

Sebbene una certa diffidenza nei confronti dell'EMDR sia ancora presente, soprattutto in alcuni ambienti accade-

mici e in relazione alla scientificità del metodo, il trattamento nel 2013 è stato riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità come efficace per la cura dei disturbi traumatici. Molti clinici esperti della tecnica si sono dedicati alla dimostrazione sperimentale della sua azione, con metodiche di visualizzazione che documentano l'attivazione di diverse aree del cervello, prima e dopo il trattamento, quando i soggetti rievocano le proprie memorie traumatiche. Isabel Fernandez dell'Associazione EMDR Italia, Marco Pagani del CNR e Giorgio Di Lorenzo dell'università di Roma "Tor Vergata" hanno presentato recentemente i risultati di una ricerca condotta su 60 volontari: nel cervello delle persone sopravvissute a eventi catastrofici è possibile documentare con l'elettroencefalogramma l'attivazione delle aree cerebrali legate alle rappresentazioni più cariche di significato emotivo quando viene rievocato il trauma, ma dopo il trattamento EMDR il ricordo traumati-

co attiva altre zone, dotate di maggiore capacità di elaborazione cognitiva.

Ideata alla fine degli anni '80 del secolo scorso dalla psicologa statunitense Francine Shapiro, l'EMDR nasce da un'osservazione casuale della sua fondatrice, che notò come i suoi occhi tendessero a spostarsi lateralmente quando si soffermava a rievocare alcune sue

Ricerca di Cnr, ateneo Tor Vergata e Associazione italiana sulla rielaborazione cognitiva

esperienze traumatiche; osservò anche che, richiamando più e più volte alla mente quei pensieri disturbanti, essi perdevano progressivamente la loro carica emotiva negativa.

Affascinata da tale fenomeno, cominciò a sperimentare il suo metodo: nel giro di sei mesi aveva raccolto una settantina di casi, nella maggior parte dei quali era riuscita a ridurre notevolmente l'ansia associata ai ricordi sgradevoli. Provò quindi ad applicare la tecnica a vittime di stupro o violenze e a reduci di guerra, confermando la validità delle proprie osservazioni.

Dopo più di venticinque anni i terapeuti che nel mondo utilizzano l'EMDR sono decine di migliaia e la tecnica è stata applicata con successo non solo nei casi di stress post-traumatico, ma anche nei disturbi psichici legati ai cosiddetti "traumi relazionali": rapporti difficili con le proprie figure di attaccamento che, per svariate ragioni, possono minare la costruzione di un'identità sicura e di una sufficiente fiducia in se stessi.

La tecnica EMDR, che affonda le sue radici tanto nella psicologia quanto nella neurobiologia, può essere integrata con altri approcci e applicata da clinici con differenti orientamenti terapeutici.

*Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale, Viterbo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Stress

Post traumatic stress disorder è la catalogazione dello stress da trauma.



Terapia

Cbt: è la terapia cognitiva di base, usata nello stress post-traumi.



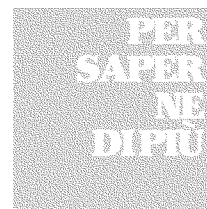
Oms

Le linee guida sul trauma dell'Oms prevedono sia la Cbt che l'Emdr.



Veterani

Negli Stati Uniti sono i veterani a segnalare le migliori pratiche sul trauma.



La tecnica

La tecnica dell'EMDR consiste nella rievocazione di immagini traumatiche e delle convinzioni negative a esse associate, mentre il sistema neurofisiologico di rielaborazione dell'informazione viene attivato inducendo il paziente a seguire con lo sguardo i movimenti delle dita del terapeuta (ma possono essere efficaci stimolazioni alternative, ad esempio tattili o sonore). Dopo aver desensibilizzato il paziente sugli aspetti negativi, la terapia potenzia le cognizioni positive alternative.