



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



CI SCRIVONO

SANITÀ PROMOSSA

Caro direttore, la notizia della bocciatura del nuovo Piano ospedaliero presentato dalla Campania era un evidente «falso» ed è stata ampiamente smentita dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

Cerchiamo di riportare il confronto su un piano di verità e trasparenza. Quello che conta sono i fatti: punteggio Lea in continua crescita: 136 nel 2013 (+16% rispetto all'anno precedente) 180 milioni di euro in più di finanziamento nel 2014 1118 nuove assunzioni in sanità. Mille posti letto in più per i nostri pazienti. Il decreto 49, che chiudeva ospedali e tagliava

posti letto, era la conseguenza «obbligata» del dissesto finanziario causato dalle amministrazioni che ci hanno preceduto. Abbiamo recuperato, con i sacrifici di tutti, e, finalmente, possiamo restituire ai cittadini nuove opportunità. Più posti letto significa ridurre le liste di attesa e non costringere più i pazienti ad emigrare presso altre regioni per avere assistenza. Questo è il volto della sanità che vogliamo per la nostra gente e che «oggi», grazie a tutto quello che abbiamo fatto, possiamo garantire.

Ferdinando Romano
Capo dipartimento Salute
della Regione Campania

ALLA RIVIERA DI CHIAIA

Resistenza agli antibiotici, convegno all'Ordine dei Medici

NAPOLI. Il tema della resistenza agli antibiotici sarà al centro della conferenza stampa di presentazione del progetto pilota Ocra, "Osservatorio Campano Resistenze agli Antibiotici", che si terrà sabato, alle ore 10, presso l'Ordine dei Medici di Napoli, alla Riviera di Chiaia, numero 9. Saranno presenti Silvestro Scotti, Rosalba Tufano e Giuseppina Tommasiello.

Il convegno

Educazione
e Salute
alla Federico II

Si terrà oggi (ore 10) sede di via Porta di Massa del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Ateneo Federico II nell'aula 28 piano terra) il convegno conclusivo del progetto «Orientamenti – Promozione della salute nei contesti educativi» promosso dall'associazione Europea Student & Friends Federico II. Il convegno conclusivo affronterà il tema della promozione della salute nei contesti educativi. L'occasione sarà propizia per intraprendere una proficua interazione tra tutti i soggetti coinvolti, dove gli esperti si presteranno alle domande degli studenti. Al convegno sono previsti interventi di Daniela Caso, Valentina Carfora, Fortunata Procentese, Antonio Stellato e Salvatore Villani. Modererà Roberto Fasanelli, ricercatore di psicologia sociale Università degli studi di Napoli Federico II.

quotidianosanità.it

Giovedì 14 MAGGIO 2015

Tumori. VII Rapporto Favo. Aumentano gli italiani che 'vivono' con il cancro: +17% in cinque anni. E la riabilitazione oncologica diventa prioritaria e va inserita nei Lea. Nuovi farmaci: ancora 1.070 giorni di attesa per averli

Cinque anni fa le persone con esperienza di cancro erano 2 milioni e mezzo, oggi sono più di 3 e un malato su quattro è completamente guarito. Ma le Associazioni dei pazienti chiedono a gran voce l'inserimento nei Lea della riabilitazione oncologica. E poi evidenziano i problemi del Paese: "Molte strutture ancora lontane da standard di appropriatezza e ancora troppe differenze di trattamento tra le Regioni". [IL RAPPORTO](#)

Aumentano del 17% le persone in Italia che vivono con il cancro e un malato su quattro guarisce completamente. È quanto evidenzia il VII Rapporto Favo (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato nel corso della X Giornata nazionale del malato oncologico. Ma per le associazioni di strada da fare ce n'è ancora parecchia. Il rapporto evidenzia come viene "trascurata sia la fase di riabilitazione post-trattamento acuto sia quella che segue alla remissione totale". Ma non solo, si rileva anche come "l'Italia è purtroppo ancora lontana dall'applicazione dei parametri sull'appropriatezza di un intervento chirurgico dal punto di vista oncologico" e come vi siano ancora "problemi nell'uguaglianza di trattamento". Ma, soprattutto, le Associazioni dei pazienti, coordinate dalla Favo chiedono a gran voce che "la riabilitazione oncologica sia riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così. E la mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Ssn".

Aumentano le persone che vivono con la malattia

Nel 2010 erano 2.587.347 gli italiani vivi dopo una diagnosi di tumore, il 4,4% della popolazione. I pazienti guariti, con un'attesa di vita paragonabile a quella delle persone non colpite da tumore, erano 704.648, pari al 27% di tutti i pazienti (20% uomini e 33% donne) e all'1,2% degli italiani. Nel 2015 sono circa 3 milioni (3.036.741) le persone vive dopo una diagnosi oncologica (4,9% degli italiani) con un incremento, rispetto al 2010, del 17%.

"Complessivamente, un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti – spiega **Francesco De Lorenzo**, presidente FAVO -. Questi dati rappresentano un'inversione di tendenza rispetto al diffuso stigma cancro uguale morte. Ma non sappiamo se queste persone effettivamente conducano una vita normale. Sorge quindi una serie di interrogativi sulla condizione in cui versano coloro che hanno sconfitto il cancro dal punto di vista sanitario, sociale ed economico. Oggi è possibile avviare una battaglia politica non solo nazionale, ma anche europea, per abbattere le barriere che impediscono alle persone guarite di avvalersi dei loro innegabili diritti socio sanitari ed economici, finora negati, a cominciare dall'accesso a mutui, assicurazioni sanitarie e servizi finanziari".

Nel 2014 i tumori hanno rappresentato la principale causa di riconoscimento sia dell'assegno ordinario di invalidità che della pensione di inabilità, con un trend in costante crescita negli ultimi anni. "Il Servizio Sanitario Nazionale – sottolinea **Carmine Pinto**, presidente nazionale AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) - trascura sia la fase di riabilitazione post-trattamento acuto sia quella che segue alla remissione totale, argomentando, in maniera inaccettabile, che la riabilitazione oncologica è ricompresa nelle tipologie desunte dall'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità".

La riabilitazione del malato oncologico richiede specificità

In base a quanto stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni, la riabilitazione oncologica viene inclusa all'interno di altre tipologie riabilitative, riferite alle patologie articolari, cardio-circolatorie, del linguaggio, dell'apparato digerente, urinarie, mentali e dell'autonomia comportamentale. "Ma il tumore – continua **Elisabetta Iannelli**, segretario FAVO - è una malattia diversa da tutte quelle elencate e determina bisogni riabilitativi specifici, non assimilabili agli altri. Si tratta di una omissione particolarmente penalizzante per i pazienti, perché gli esiti dei trattamenti anti-cancro possono causare difficoltà non solo fisiche ma anche cognitive, psicologiche, nutrizionali, sessuali, sociali e lavorative. La sottovalutazione di questi aspetti ha

portato anche a escludere, quanto meno in forma di consultazione, la voce delle Associazioni dei pazienti dal 'Patto della Salute' approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 10 luglio 2014".

"La sfida del volontariato oncologico – prosegue **De Lorenzo** - è portare all'attenzione del Servizio Sanitario Nazionale anche la fascia di popolazione costituita dalle persone guarite dal cancro, oggi del tutto trascurata, attraverso l'istituzione di un programma di sorveglianza clinica per la prevenzione terziaria (possibili secondi tumori e comparsa di effetti collaterali tardivi a seguito di chemioterapie, radioterapie e uso di farmaci con forti effetti secondari). Le conseguenze della malattia possono lasciare tracce psicologiche profonde che condizionano le relazioni interpersonali e lo stato di benessere generale, con conseguente difficile reintegro sociale e lavorativo. Su questi aspetti è doveroso intervenire in modo efficace attraverso percorsi di riabilitazione e di sostegno psicologico. L'insieme di queste misure deve essere compreso in uno specifico programma interdisciplinare di 'cura della persona guarita'".

Spetta al volontariato oncologico promuovere con forza e dedizione una campagna informativa in grado di raggiungere i malati al termine del trattamento della fase acuta e le persone guarite, per un'azione di prevenzione terziaria e di specifica riabilitazione. Il libretto "La vita dopo il cancro", realizzato da FAVO e AIOM e che sarà prossimamente reso disponibile nelle Oncologie Mediche nelle Associazioni di volontariato, rappresenta il primo strumento informativo in grado di sottolineare la necessità di una gestione della persona anche dopo la fine delle cure e di fornire, in modo semplice e sintetico, gli strumenti di conoscenza indispensabili per poter contribuire al miglioramento del proprio stato di salute.

Ancora troppe strutture al di sotto degli standard di appropriatezza

"L'effettiva realizzazione delle reti oncologiche regionali – continua De Lorenzo - è l'occasione per la presa in carico a 360 gradi dei pazienti, compresi quelli guariti. L'intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2014 ha approvato la 'Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali'. Questo documento si caratterizza sia per i suoi contenuti che per il suo significato di governance. Finora solo in Lombardia, Piemonte e Toscana sono stati realizzati compiutamente questi network, ma è importante capire se e in che modo queste Regioni hanno messo in atto la 'Guida'".

Le reti oncologiche permettono inoltre di indirizzare i casi più complessi nei centri di riferimento. Ad esempio nel recente Decreto Ministeriale sugli standard ospedalieri è indicata la necessità di ridurre le strutture chirurgiche del 10% a livello nazionale e del 25% nelle Regioni in piano di rientro, tenendo conto dei volumi di attività. Il Decreto Ministeriale riporta ancora una volta l'attenzione sulle reti per patologia, a cominciare dalla Rete oncologica.

"Ed è da qui che si deve partire – sottolinea De Lorenzo -. Ma per fare Rete bisogna innanzitutto che le Aziende Sanitarie Pubbliche, prima ancora dei singoli operatori, escano da logiche individualistiche e opportunistiche legate ai vincoli di bilancio. L'Italia è purtroppo ancora lontana dall'applicazione dei parametri sull'appropriatezza di un intervento chirurgico dal punto di vista oncologico, cioè della sua esecuzione secondo criteri che assicurino il miglior standard qualitativo".

Ad esempio nel tumore del colon-retto, la mortalità post operatoria a 30 giorni passa dal 15% a meno del 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi l'anno e ciò avviene solo in 177 (22%) strutture su 805. In quello dello stomaco, la mortalità post operatoria a 30 giorni si dimezza passando da più del 20% a meno del 10% quando il volume di attività raggiunge i 20/30 interventi l'anno e ciò avviene solo in 108 strutture (16%) su 662. E in quello del polmone la mortalità post operatoria a 30 giorni diminuisce decisamente dal 20 a circa il 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi annui l'anno e ciò avviene solo in 36 (16%) strutture su 231.

"In quest'ottica anche il ruolo dei piccoli ospedali periferici potrebbe essere valorizzato ai fini di una selezione della casistica – sottolinea Pinto -. I piccoli ospedali, infatti, sono spesso la punta di ingresso dei malati nella rete. Circa il 20% dei malati con cancro del colon o della stomaco, ancora oggi, accede al Pronto Soccorso con sintomi acuti (sub occlusione, dolori etc). Sul modello delle reti per l'emergenza, anche i malati oncologici chirurgici, una volta stabilizzati e identificata l'indicazione chirurgica, dovrebbero essere inviati al centro di riferimento più vicino, in grado di affrontare la situazione in maniera multidisciplinare integrata. Il centro di riferimento per patologia ideale dovrebbe diventare un 'contenitore allargato' di tutte le professionalità che vogliono crescere in un'ottica di qualità del lavoro, all'interno di percorsi diagnostico, terapeutici, assistenziali condivisi e monitorati su tutto il bacino di utenza".

Servono 1.070 giorni per avere a disposizione un nuovo farmaco anti cancro

Servono circa tre anni, 1.070 giorni, perché un farmaco anti-cancro sia disponibile per i pazienti italiani. In particolare sono richiesti 400 giorni per l'approvazione da parte dell'agenzia regolatoria europea (EMA, comprensivi di "clock-stop") e circa 570 per quella nazionale dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). L'ostacolo ulteriore è costituito dalla terza fase, regionale, che prevede l'inserimento del farmaco nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR). Con molte differenze sul territorio: in media servono 100 giorni, ma si passa da un massimo di 170 in Calabria a un minimo di 40 in Umbria. I dati emergono dall'indagine promossa da AIOM (Associazione Italiana di Oncologica Medica), FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), e Fondazione Censis, contenuta anch'essa nel Rapporto.

"Nelle Regioni che non hanno il Prontuario Terapeutico Ospedaliero i farmaci innovativi sono disponibili in maniera più tempestiva – spiega De Lorenzo -. È chiaro che avere le terapie giuste al momento giusto è l'unica soluzione per rispondere in modo adeguato alla domanda di cure efficaci. Il lavoro svolto dalle Commissioni regionali, locali e aziendali, che ovviamente non aggiungono valutazioni scientifiche aggiuntive rispetto a EMA e AIFA, porta a un razionamento dei farmaci effettivamente disponibili per i cittadini. E si determinano così inaccettabili disparità tra Regione e Regione,

negando, dove ciò avviene, il diritto di tutti i malati ad avere accesso in tempo utile ai nuovi farmaci autorizzati”.

L'indagine è stata condotta a livello nazionale e in un campione di 10 Regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto), prendendo in considerazione un set di 16 farmaci oncologici (nuove autorizzazioni AIC o estensioni di indicazioni di farmaci già autorizzati) che hanno completato l'iter autorizzativo negli ultimi due anni e che sono ora disponibili in commercio.

“In molti casi - continua De Lorenzo - i ritardi sono causati dalla cadenza temporale delle riunioni delle Commissioni Tecnico Scientifiche regionali, che spesso avvengono con scarsa frequenza, anche dopo due anni. Inoltre, spesso, durante l'iter autorizzativo, il passaggio dall'AIFA ai singoli PTOR porta addirittura a un taglio delle indicazioni terapeutiche, con l'effetto di negare il diritto alla cura ad alcuni pazienti.

Garantire l'uguaglianza di trattamento a tutti i cittadini. E attenzione a come si riformerà il titolo V

Altro aspetto fondamentale per garantire l'uguaglianza di trattamento dei cittadini rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza è costituito dalla modifica del Titolo V della Costituzione, in particolare dalla riformulazione dell'articolo 117. “Nei precedenti rapporti – spiega il prof. De Lorenzo - sono state documentate le numerose e crescenti disparità nelle diverse Regioni per l'accesso dei malati di cancro ai farmaci, alla radioterapia, all'assistenza domiciliare, alla terapia del dolore e alle cure palliative. Disparità inaccettabili sia sul piano sanitario, assistenziale e sociale che per quanto riguarda le chance di cura e guarigione, senza considerare le gravi ripercussioni economiche (migrazioni interregionali, ricorso a sistemi privati, ecc) sui malati e le loro famiglie oltre che sull'intero sistema di assistenza”.

Dal 2001, a seguito della modifica del titolo V della Costituzione, queste disuguaglianze territoriali si sono aggravate. È stato infatti assegnato alle Regioni un ampio potere decisionale in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera ed è stato fortemente indebolito il potere dell'amministrazione centrale, con l'effetto di accentuare le difformità nella realizzazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, in rapporto ai modelli organizzativi che le singole Regioni hanno ritenuto di adottare. Nelle intenzioni di riforma costituzionale attualmente in discussione nel Parlamento, è chiara la volontà di riaffermare il primato dell'uniformità assistenziale, stabilendo che spetta allo Stato determinare i livelli essenziali delle prestazioni che debbono essere garantiti in tutto il territorio nazionale.

“Ma, nel testo in discussione – conclude Elisabetta Iannelli -, si nasconde un pericoloso e non trascurabile equivoco nella riformulazione della lettera 'm' del secondo comma dell'art. 117, perché viene fatto riferimento solo alle prestazioni riguardanti i diritti 'civili e sociali', tralasciando quelli sanitari. È evidente che, per affermare oltre ogni possibile ambiguità interpretativa l'indiscutibile principio che tutti i cittadini hanno diritto all'eguaglianza di trattamento anche per quanto concerne la tutela della salute, la norma vada modificata includendo i diritti sanitari. Senza questa doverosa inclusione ci si troverebbe davanti all'assurdità di garantire con norma costituzionale i diritti civili e sociali, rendendo in tal modo possibile l'esclusione di quello alla salute”.

Il Patto per la Salute ha dimenticato le associazioni dei malati

Ma nel rapporto non mancano le critiche anche al Patto per la Salute siglato nel luglio scorso tra Governo e Regioni. A farle è lo stesso direttore dell'Osservatorio Favo **Sergio Paderni** che, dopo aver riconosciuto i molti aspetti innovativi e positivi dell'accordo, sottolinea però come "in nessuno dei 132 organismi collegiali, previsti o creati dal Patto per la salute, è contemplata la partecipazione delle Associazioni rappresentative dei malati e neppure di quelle dei professionisti sanitari. In altre parole, l'uso del termine “Patto” nel titolo del documento - dice Paderni - è improprio e fuorviante, trattandosi di un accordo tra istituzioni, cui si addice la qualifica propria di “Atto d'intesa”.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Le scelte della politica: le questioni

Politiche sociali, oltre l'assistenza

La riduzione delle risorse e l'aumento dei bisognosi La nuova Regione di fronte a un tema d'emergenza

Antonello Plati

Politiche sociali: queste sconosciute. L'argomento, infatti, non s'è ancora imposto nella pur fitta agenda elettorale in vista delle regionali di fine mese. A destra come a sinistra, e pure al centro, sono stati pochissimi i riferimenti alla prevenzione e alla riduzione delle condizioni di bisogno e di disagio della gente. Eppure, nella provincia di Avellino, un cambio di rotta nel welfare locale lo reclamano in tanti.

A cominciare dalla Caritas diocesana

che ha più volte fatto notare di svolgere «un ruolo di supplenza» perché «le istituzioni sono assenti». I dati dell'ultimo rapporto stilato proprio dall'organismo pastorale della Cei, su povertà ed esclusione sociale, dicono che un italiano su quattro è a rischio povertà.

Nella provincia di Avellino aumenta la quota di persone che chiede aiuti, anche economici, ai Centri di ascolto. In prevalenza si tratta di donne, coniugati (ma cresce anche il numero di separati o divorziati) e disoccupati, in maggioranza italiani. Il bisogno più

frequente è quello dovuto alla povertà economica (quasi il 60 per cento del totale), seguito dai problemi di lavoro e da quelli abitativi. Inoltre, da gennaio dell'anno scorso la Mensa dei poveri ha subito una drastica riduzione delle riserve dopo la soppressione del programma europeo di aiuti alimentari mentre sono sempre di più gli utenti, per metà italiani, che chiedono un piatto caldo. In media, a via Morelli e Silvati sono serviti 60 pasti al giorno, con picchi anche di 90 la domenica e nei giorni festivi. Anche il dormitorio della stessa struttura, 16

posti letto, registra il tutto esaurito. Mentre sono più di 700 le famiglie che, mensilmente, ritirano un pacco al banco alimentare.

Poi c'è l'annosa questione del Piano di zona sociale dell'Ambito territoriale A04, che riguarda il capoluogo e altri 15 comuni (quasi 100 mila abitanti). Una situazione conflittuale che si protrae, senza soluzione di continuità, dal novembre 2013. Risultato? Blocco dei servizi e casse dei Comuni prosciugate. I 16 sindaci, infatti, non hanno raggiunto un accordo per la gestione e stanno pagando di tasca propria i servizi essenziali. A questo punto una risoluzione non sembra più possibile: tra beghe di partito e incompatibilità di campanile i 16 si sono avviluppati in discorsi inconcludenti. La Regione ha già inviato due commissari, ma dopo una conciliazione solo apparente è ricominciata la guerra a colpi di carte bollate e ricorsi al Tar.

Riusciranno i nostri candidati a portare le «politiche sociali» al centro del dibattito? E, chissà se eletti, riusciranno a discuterne, in termini risolutivi, in consiglio regionale?



La nomina

Conferma direttore
amministrativo,
slitta la decisione

È rimandata alla prossima settimana la decisione definitiva della conferma o della revoca del direttore amministrativo dell'azienda ospedaliera «Rummo», Ida Ferraro, dirigente del settore Affari legali e generali, nominata dal commissario Giampiero Maria Berruti, in seguito alla dimissioni di Alberto di Stasio, dopo il commissariamento. Nei giorni scorsi la Regione ha informato i commissari delle strutture sanitarie del fatto che, essendo organi monocratici, non hanno necessità di essere coadiuvati dai direttori amministrativi, il cui compenso potrebbe rappresentare un onere economico non contemplato a carico degli stessi commissari. Dunque, il commissario Berruti dovrà decidere se e come applicare le disposizioni regionali, revocando la nomina della Ferraro oppure confermarla. Ma sul punto la disciplina è controversa: la stessa Regione ha chiesto un parere all'Avvocatura.

La sanità Referti online cartella clinica sul telefonino

Luella De Ciampis

L' informatizzazione dei referti medici e la ristrutturazione del Sir e day hospital psichiatrico di Puglianello sono due nuovi progetti, messi a punto, il primo dall' Azienda ospedaliera Rummo e il secondo dalla Asl di Benevento, per una migliore offerta dei servizi sanitari ai cittadini. Sarà presentata stamattina l' attivazione del servizio on line per la fruizione telematica della funzione che consentirà di scaricare e visionare le analisi di laboratorio e i referti radiografici in formato pdf. Il progetto, mirato alla promozione dell' innovazione tecnologica a beneficio del cittadino, prevede l' attivazione di un sistema informatizzato che funziona connettendosi, attraverso il computer o il telefono cellulare.

Esami diagnostici e referti online: il «Rummo» illustra la sua rivoluzione

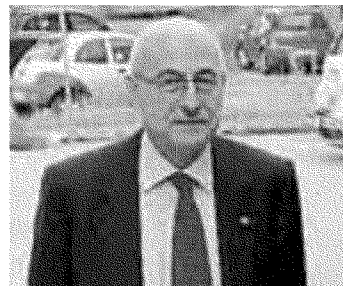
La sanità

Oggi i dettagli sul servizio Asl, per il Sir di Puglianello un futuro a «energia zero»

Luella De Ciampis

L' informatizzazione dei referti medici e la ristrutturazione del Sir e day hospital psichiatrico di Puglianello sono due nuovi progetti, messi a punto, il primo dall' Azienda ospedaliera Rummo e il secondo dalla Asl di Benevento, per una migliore offerta dei servizi sanitari ai cittadini.

Sarà presentata stamattina alle 11 presso la sala convegni dell' Ospedale Rummo di Benevento, l' attivazione del servizio on line per la fruizione telematica della funzione che consentirà di scaricare e visionare le analisi di laboratorio e i referti radiografici in formato pdf. Il progetto, mirato alla promozione dell' innovazione tecnologica a beneficio del cittadino, prevede l' attivazione di un sistema informatizzato che funziona connettendosi, attraverso il computer o il telefono cellulare, al sito aziendale, per poter avere accesso alle proprie analisi di laboratorio e ai referti medici. Al momento della prenotazione e dell' eventuale pagamento del ticket, in quanto il servizio è disponibile per tutti indistintamente e quindi anche per chi è in possesso di esenzione, sarà rilasciato un codice token che dovrà essere inserito, insieme al codice fiscale dell' utente, nella sezione «referti



on line» del sito dell' Azienda Ospedaliera. Questo sarà sufficiente, affinché gli assistiti possano visualizzare i referti ed entrarne in possesso. La prestazione, messa a disposizione dal Rummo, è completamente gratuita e sarà attiva 24 ore su 24, ma non sarà sostitutiva del lavoro d' ufficio che continuerà comunque a essere svolto e consentirà la normale procedura di consegna dei referti che resteranno disponibili in azienda. A tale scopo, presso il Cup, o centro unico di prenotazione, dell' ospedale, ci sarà una postazione attiva tutti i giorni dalle 8 alle 14 a cui ci si potrà rivolgere per entrare in possesso dei referti medici. «Sicuramente è un processo innovativo - ha commentato il commissario straordinario

dell' Azienda ospedaliera Giam-piero Maria Berruti (foto in alto) - che avrà il pregio, peraltro immediato, di annullare uno dei disagi a cui sono sottoposti gli utenti, eliminando le file interminabili che si creano per il ritiro dei referti».

Con delibera del commissario straordinario della Asl di Benevento, Gelsomino Ventucci (foto in basso) è stato invece formalizzato l' avviamento delle procedure finalizzate all' assegnazione dei finanziamenti, a valere sui Por Fesr Campania 2007/2013, per i lavori di ristrutturazione di un immobile di proprietà aziendale, ubicato nel comune di Puglianello, da destinare a Sir, centro diurno e day hospital psichiatrico, mediante la realizzazione di un edificio a «energia zero», per un importo complessivo di 2.800.000 euro. Contestualmente sono stati nominati direttore dei lavori e responsabile unico del procedimento, Roberto De Toma e Francesco Zotti, quali tecnici dipendenti, seppure con diverse funzioni, dell' Azienda. Il progetto preliminare, redatto dallo stesso De Toma, prevede l' adeguamento statico e sismico dell' immobile, la sistemazione esterna, la realizzazione di opere impiantistiche e di finitura e di opere di efficientamento energetico, quali pompa di calore ad alta efficienza, cappotto termico alle facciate e in copertura e altri interventi finalizzati alla riduzione dei consumi energetici, allo scopo di ottenere un edificio in classe energetica A, ovvero a «energia zero».

quotidianosanità.it

Venerdì 15 MAGGIO 2015

Caserta. Mattarella scioglie per “Camorra” la direzione generale dell’AO S.Anna e S.Sebastiano

Publicato in Gazzetta il decreto del presidente della Repubblica che commissaria l’ospedale casertano per accertate ingerenze della Camorra nell’amministrazione dell’ospedale. Lo scioglimento è per 18 mesi e la gestione sarà affidata a una commissione straordinaria. [IL TESTO DEL DPR](#)

L’annuncio al Consiglio [dei ministri del 21 aprile scorso](#) e oggi esce in Gazzetta il DPR che recepisce la proposta del ministro dell’Interno Alfano per lo scioglimento dell’Azienda ospedaliera “Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta, dove sono state riscontrate forme di condizionamento da parte delle locali organizzazioni criminali.

Lo scioglimento, che durerà per 18 mesi, segue all’indagine della Direzione distrettuale antimafia di Napoli cui è seguita l’esecuzione di una ordinanza di custodia cautelare, emessa dal tribunale di Napoli il 7 gennaio 2015, nei confronti di numerose persone ritenute organiche o contigue alla criminalità organizzata, dalla quale sono emerse forme di ingerenza della camorra nell’amministrazione dell’Azienda ospedaliera Sant’Anna e San Sebastiano di Caserta.

“Tali ingerenze - si legge nella premessa al DPR - pregiudicano interessi primari della collettività ed espongono l’Azienda ospedaliera a pesanti condizionamenti, compromettendone la libera determinazione e il buon andamento”.

Si è inoltre rilevato, sottolinea ancora la premessa al Dpr, “che la permeabilità dell’ente ai condizionamenti esterni della camorra arreca grave pregiudizio al regolare funzionamento dei servizi e costituisce pericolo per lo stato della sicurezza pubblica”.

Le funzioni dell’organo di direzione generale dell’Azienda ospedaliera S. Anna e San Sebastiano di Caserta sono affidate ad una commissione straordinaria composta da:

- dott.ssa **Cinzia Guercio**, prefetto;
- dott. **Michele Ametta**, dirigente del Ministero dell’economia e delle finanze - Ragioneria generale dello Stato;
- ing. **Leonardo Pace**, coordinatore tecnico del Ministero infrastrutture e trasporti - Provveditorato interregionale Campania-Puglia-Basilicata e Molise.

La commissione straordinaria per la gestione dell’amministrazione eserciterà le funzioni dell’organo di direzione generale dell’Azienda ospedaliera S. Anna e San Sebastiano di Caserta fino all’insediamento dell’organo ordinario a norma di legge nonché ogni altro potere o incarico connesso.

La scuola Ultima lezione nell'aula magna dell'istituto Medaglie d'oro con il presidente di Iescum

Lotta all'autismo, analisi comportamentali tra i banchi

Il monito di Moderato
«Fondamentale il supporto
di insegnanti e dirigenti»

Valerio Lai

Con la partecipazione del professore Paolo Moderato, presidente e socio fondatore dell'Istituto Europeo per lo Studio del Comportamento Umano (Iescum), e della dottoressa Chiara Ferrari, supervisor consulente clinico del Modello Italiano Intensivo e Precoce per l'Autismo, si è tenuto ieri, presso l'aula magna della scuola «Medaglie d'Oro» di Salerno, l'ultimo appuntamento del ciclo di lezioni avente come tema l'autismo, la sua conoscenza e la diffusione del metodo di terapia Aba (Applied Behavior Analysis). Il corso, organizzato dal VI Circolo didattico di Salerno e dal II Circolo didattico di Scafati, entrambi diretti dal professore Vincenzo Giannone, con la collaborazione dell'associazione «Autismo: chi si ferma è perduto», ha registrato una grande partecipazione di insegnanti e genitori provenienti da tutta la provin-



cia, che hanno preso parte alle lezioni tenute dalla dottoressa Ferrari. «Il significato di queste lezioni è molto importante - ha commentato Moderato, uno dei massimi esperti a livello nazionale per quanto riguarda il comportamento umano - ed è la prima volta che si ha un coinvolgimento di più scuole, il che significa che l'analisi compor-

tamentale può e deve entrare nelle scuole, in modo da prevedere interventi mirati che permettano di rendere un bambino autistico più autonomo e capace di interagire con l'ambiente che lo circonda».

Le metodologie, secondo Moderato, devono essere diverse da soggetto a soggetto, e devono necessariamente partire dall'analisi comportamentale della persona autistica, perché esiste un'infinità di casi di autismo e ognuno va affrontato in modo diverso. «L'aumento di casi di autismo - ha detto Moderato - è dovuto semplicemente al fatto che sono aumentati e migliorati notevolmente gli strumenti per riconoscere questo disturbo. L'autismo, in sostanza, è sempre esistito». Cosa si può fare, attualmente per sostenere i bambini affetti da questo disturbo? Secondo il presidente Iescum «non basta solo il sostegno degli insegnanti, ma è fondamentale anche il supporto dei dirigenti e del personale scolastico. Solo in questo modo si potrà rendere più semplice la vita ai bambini autistici».

Corso

Sono in aumento i casi di autismo nella popolazione scolastica

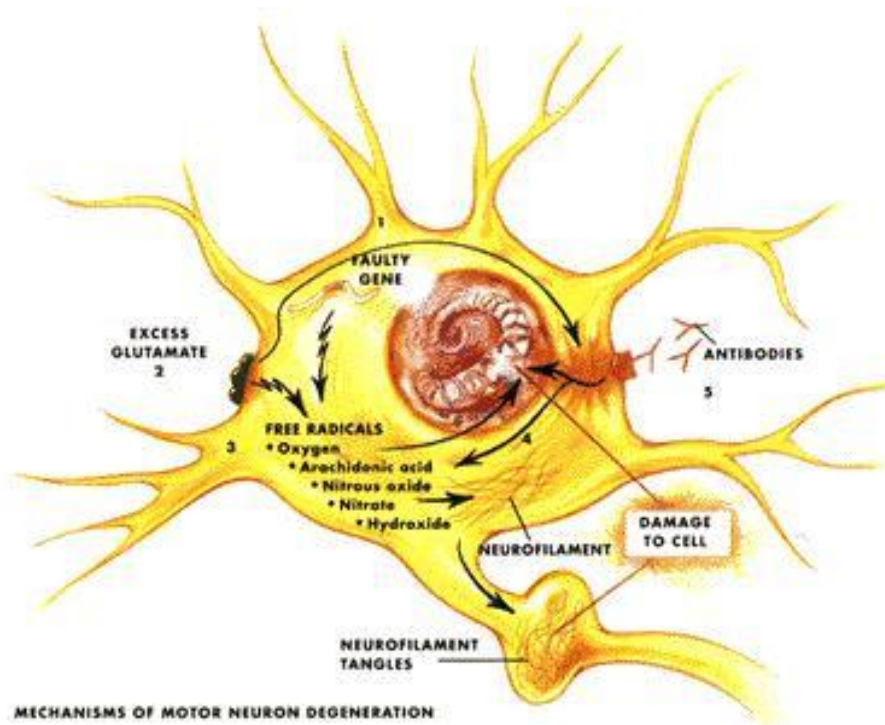
© RIPRODUZIONE RISERVATA

+



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Giovedì 14 MAGGIO 2015

Ictus. Negli over 65 depressi il rischio è doppio

È quanto emerge da uno studio condotto dalla Harvard T.H.Chan School of Public Health di Boston, che ha passato in rassegna i dati provenienti da interviste somministrate – nell'arco di 12 anni – a 16.178 ultracinquantenni statunitensi.

(Reuters Health) - La depressione cronica può raddoppiare il rischio di ictus negli anziani. E il rischio rimane alto anche quando migliora la salute mentale. È quanto emerge da uno studio condotto dalla Harvard T.H.Chan School of Public Health di Boston, che ha passato in rassegna i dati provenienti da interviste somministrate – nell'arco di 12 anni – a 16.178 ultracinquantenni statunitensi.

Il team di ricerca, coordinato da **Paola Gilsanz**, ha somministrato le interviste ogni due anni, per un tempo medio di follow up di 9 mesi, allo scopo di monitorare la relazione tra ictus e cambiamenti della salute mentale. L'età media dei partecipanti era di 66 anni e la maggior parte di essi, alla partenza dello studio, mostrava pochi sintomi di depressione o addirittura nessuno. Subito dopo aver sviluppato la depressione, i partecipanti mostravano un rischio di ictus leggermente più alto.

Nel corso del periodo di osservazione si sono verificati 1.192 casi di ictus. Ma se la depressione persisteva oltre quattro anni, il rischio di ictus per i due anni successivi era più che doppio, se comparato a quello delle persone che non avevano manifestato sintomi di depressione. Inoltre, nel campione che mostrava un miglioramento dell'umore, il rischio di ictus rimaneva simile per due anni a quello di chi è depresso cronicamente.

“Lo studio non dimostra che la depressione causa l'ictus – afferma Paola Gilsanz – ma è possibile che la depressione spinga chi ne è affetto a fumare, bere eccessivamente, a mangiare poco, a non fare attività fisica; comportamenti che potenzialmente possono contribuire ad aumentare il rischio di ictus”. “È possibile che la depressione produca cambiamenti nel sistema nervoso che conducano a un'iperproduzione di cortisolo, l'ormone dello stress”, aggiunge Olajide Williams, direttore dell'acute stroke service al Columbia University Medical Center di New York. “L'eccesso di cortisolo può restringere i vasi sanguigni e aumentare la pressione”.

Fonte: J AM Hearth Assoc 2015-05-14

Lisa Rapaport

(Versione italiana Quotidiano Sanità/ Popular Science)

Venerdì 15 MAGGIO 2015

Tumore al seno. Stress prolungato nel tempo può contribuire alla progressione del carcinoma. La ricerca dell'Iss

I primi risultati dell'indagine, condotta con il supporto dell'Istituto Tumori Regina Elena di Roma e dell'Istituto Europeo di Oncologia e finanziata dal Ministero della Salute e dalla Fondazione Veronesi, indicano che sarebbe il tumore stesso a creare un ciclo di auto-potenziamento in grado di promuovere la progressione, stimolando la sintomatologia depressiva indotta dallo stress. Serve quindi maggiore supporto psicologico alle pazienti.

Il tumore al seno rappresenta la forma più diffusa tra le donne e la seconda causa di morte per cancro in assoluto: si tratta quindi di una vera e propria emergenza, caratterizzata da molteplici e differenti aspetti. Le fasi iniziali e la progressione della carcinogenesi possono infatti essere influenzate sia da fattori genetici che ambientali. Lo sviluppo della patologia dipende da fattori legati al microambiente di crescita, ma anche lo stile di vita svolge una funzione importante. In particolare lo stress psicologico e le interazioni tra sistema nervoso centrale, mediatori neuroendocrini e risposta immunitaria possono concorrere alla suscettibilità tumorale e alle ricadute. La materia ha rappresentato l'oggetto del **convegno 'Stila di vita come fattore di rischio nella progressione del tumore al seno' tenutosi oggi a Roma presso l'Istituto superiore di sanità.**

"Esiste un'ampia gamma di tumori che presentano dinamiche assai diverse tra loro – ha sottolineato in apertura dei lavori **Francesco Cagnetti**, oncologo e presidente della Fondazione 'Insieme contro il Cancro' – Negli ultimi anni abbiamo registrato un cambiamento nel tipo di classificazione, che oggi avviene su base biologica, genetica e molecolare. L'appuntamento di oggi è importante perché focalizza l'attenzione su aspetti altrettanto rilevanti, cioè quelli psicologici. La definizione di stress è complessa, ma è importante evidenziare che il tumore induce sintomi depressivi di vario genere che se diventano cronici producono enormi problemi. E' quindi fondamentale convincere i pazienti a condurre uno stile di vita sano, a praticare esercizio fisico e a seguire una dieta ad hoc. Allo stesso tempo gli operatori devono garantire un solido sostegno psicologico e sociale".

Nel corso dei lavori sono stati analizzati i primi esiti di **una ricerca coordinata dall'Iss con il supporto dell'Istituto Tumori Regina Elena di Roma e dell'Istituto Europeo di Oncologia. Il progetto, finanziato dal Ministero della Salute e dalla Fondazione Veronesi, nasce con l'obiettivo di identificare dei biomarcatori specifici.** I primi risultati indicano che **uno stress prolungato nel tempo potrebbe contribuire alla progressione del carcinoma della mammella.** Il meccanismo alla base di questo fenomeno, ancora da chiarire, suggerirebbe che è il tumore stesso a creare un ciclo di auto-potenziamento in grado di promuovere la progressione tumorale, stimolando la sintomatologia depressiva indotta dallo stress.

"Nonostante vi siano evidenze di un'associazione tra isolamento sociale, stress e cancro al seno, i meccanismi che ne sono alla base non sono ancora stati del tutto spiegati – ha riferito **Francesca Cirulli**, ricercatrice dell'Iss e responsabile scientifico del progetto - Sappiamo però che alcuni tipi di stress psicologico prolungato (quelli di breve durata sembrerebbero avere addirittura un effetto positivo) sono responsabili di un'accresciuta infiammazione o di una sovrapproduzione di ormoni dello stress in grado di favorire la sintomatologia depressiva, la funzione neuroendocrina e di stimolare il sistema immunitario. Evidenza questa che, oltre ad essere confermata dall'attivazione di marcatori già noti, quali i glucocorticoidi, è avvalorata anche dall'attività di fattori quali il Brain-derived Neurotrophic Factor (BDNF)".

I dati raccolti finora indicano, infatti, che un lungo periodo di isolamento sociale è in grado di amplificare la risposta allo stress acuto con una conseguente riduzione dell'espressione genica del BDNF in diverse aree cerebrali creando una maggiore suscettibilità a sviluppare sintomi depressivi. Questo dato trova conferma nella relazione inversa tra sintomi depressivi e livelli periferici di BDNF nelle pazienti. "Individuare e validare marcatori periferici di stress e funzione immunitaria, relativi alla progressione del cancro al seno – ha aggiunto Cirulli - può consentire di identificare fattori prognostici per lo sviluppo dello stato depressivo in pazienti con tumore alla mammella durante la terapia farmacologica e nelle fasi successive e per identificare tempestivamente quelle pazienti più suscettibili alle conseguenze psicologiche negative dello stress".

Presso l'Istituto Regina si sta svolgendo, in collaborazione con l'Iss, un progetto proprio finalizzato all'identificazione del fenomeno "stress" nelle pazienti con neoplasia della mammella operata e sottoposte a trattamento chemioterapico seguito o meno da terapia antiormonale adiuvante. Lo stress viene valutato attraverso colloqui psicologici e rilevazione di ormoni e citochine, quali il cortisolo, il BDNF, TNF e altri fattori biochimici che sono alla base del meccanismo di induzione dello stress.

Dalle prime analisi effettuate su 80 pazienti si rileva che, pur senza evidenti segnali di un alto livello di stress, ansia e depressione nelle pazienti, c'è una correlazione con i livelli alterati di BDNF e alterazioni del cortisolo sia salivare che ematico. Lo studio andrà a verificare la fase del follow up con l'intento di valutare anche l'eventuale impatto sull'outcome della malattia. Una precoce identificazione dello stress può significare una eventuale riduzione di un rischio di ricaduta da parte di pazienti più a rischio, quali quelle donne che dovranno affrontare il percorso chemioterapico di cura.

"La reazione emotiva e psicologica determina un elevato livello di stress lungo tutto il percorso – ha evidenziato **Patrizia Pugliese**, psicologa presso l'Istituto Regina Elena – Il 50% delle sopravvissute registra problematiche psicologiche rilevanti, soprattutto la paura di ricadere nella malattia. I fattori psicosociali correlati allo stress possono generare un aumento dell'incidenza del cancro. Vi è un forte legame tra depressione e mortalità, che si manifesta anche tenendo sotto controllo le variabili di rischio clinico. Le pazienti depresse aderiscono in modo inferiore a screening, trattamento e a uno stile di vita sano. Tuttavia la reazione allo stress è soggettiva e dipende dalla caratterizzazione psicologica del soggetto. E' quindi fondamentale rilevare, nell'ambito della pratica clinica, in maniera precoce e continuativa le caratteristiche di suscettibilità allo stress. Serve perciò la presenza di uno psicologo, formato ad hoc, in tutte le equipe di cura".

"L'efficacia terapeutica deve assolutamente viaggiare di pari passo con la tutela della qualità della vita – ha osservato **Alessandra Fabi**, oncologo presso il Regina Elena – Purtroppo, però, la qualità della vita viene individuata come end point soltanto nel 10% dei casi. Tutto sembra esclusivamente mirato agli aspetti clinici della cura, mentre l'aspetto del conforto è fondamentale. Il benessere sociale è un'implicazione determinante e costituisce un fattore prognostico significativo di recidiva o di mortalità. L'auspicio è che si allarghi lo sguardo verso elementi che vadano oltre la semplice cura".

Gennaro Barbieri

Giovedì 14 MAGGIO 2015

Alzheimer. PET al florbetaben sensibile e specifica per la diagnosi

Secondo i ricercatori dell'Università di Lipsia, il florbetaben potrebbe rappresentare un valido strumento aggiuntivo nella diagnosi del morbo di Alzheimer o nella sua esclusione.

(Reuters Health) Il tracciante per PET noto come florbetaben ha dimostrato un'elevata sensibilità e specificità per il rilevamento delle placche di beta-amiloide in uno studio di fase 3 che ha paragonato immagini radiologiche in vivo ed istopatologia post-mortem. Secondo i ricercatori, il florbetaben potrebbe rappresentare un valido strumento aggiuntivo nella diagnosi del morbo di Alzheimer o nella sua esclusione. Secondo **Osama Sabri** dell'Università di Lipsia (Germani), autore dello studio, la PET al florbetaben identifica i depositi di beta-amiloide esattamente nella posizione in cui essi vengono riscontrati nel cervello dall'esame istopatologico. L'indagine ha implicato l'esame di immagini e tessuti cerebrali di 74 soggetti deceduti durante lo studio, che aveva inizialmente arruolato 216 partecipanti provenienti da 15 centri di Australia, Europa, Asia e Nordamerica.

Secondo l'autore, la PET al florbetaben garantisce un elevato grado di confidenza per quanto riguarda la presenza o assenza di placche amiloidi nel cervello, come riscontrato dalla sua elevata accuratezza diagnostica, e risulta generalmente sicura e ben tollerata. Dato il suo elevato valore predittivo negativo, il florbetaben può escludere in modo affidabile la patologia da beta-amiloide come causa di base del declino cognitivo. Ciò fornisce delle certezze per pazienti, medici e famiglie, e consente lo sviluppo e l'impiego di terapie in grado di modificare il decorso della malattia. Il florbetaben, approvato in Europa e negli USA nel 2014, è un agente per la visualizzazione dell'amiloide appartenente alla stessa classe del florbetapir e del flutemetamol. Molti esperti concordano sul fatto che questi agenti possano ritagliarsi uno spazio quali strumenti per l'incremento della confidenza diagnostica. Sono state stabilite linee guida adeguate per la selezione dei pazienti da sottoporre a questo tipo di esami, anche se la reale modifica della pratica clinica richiederà verosimilmente del tempo.

FONTE: *Alzheimer Dement online 2015, pubblicato il 27/3)*

Larry Hand

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)