



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



**Sanità.** Spending review e nuovo «patto» triennale per la salute i capitoli più urgenti

## Si riaccendono i fari sulla spesa

Beatrice Lorenzin, la contineutà. Entrata e uscita dal totoministri in una ridda di voci e di tentativi di conquista del suo posto, l'ex fedelissima berlusconiana ha conservato una poltrona che resta al rango della «serie A» dei ministeri, superando il rischio di finire inglobato nel super Welfare. E che dunque sarebbe finito sempre di più nella ridotta controllata dall'Economia.

Ma proprio la "questione spesa" di un settore che quest'anno solo di fondi pubblici vale 109,9 miliardi, per salire (forse) di altri 7,6 miliardi entro il 2016, resta la questione più spinosa che «super Bea», come ormai Lo-

renzin viene definita trasversalmente dalle categorie dell'universo della salute, si troverà a dover tenere a briglie corte. Come dire che in ogni caso il ruolo del ministero dell'Economia mai potrà essere bypassato, tanto più sotto spending review in una fase che si annuncia ancora di stretta della spesa pubblica. E questa resta infatti, anche nel suo secondo mandato, la vera scommessa che la ministra della Salute si trova a dover governare da subito. Con un impegno raddoppiato.

Le carte del resto sono già tutte sul tavolo. E fanno capo a quel «Patto per la salute», con oriz-



### Patto Salute

Il «Patto per la salute», di durata triennale, è l'accordo chiave tra Governo e regioni per la riforma e la razionalizzazione anti-spreco del Ssn. Dagli ospedali alle asl, passando per gli acquisti e i livelli d'assistenza, toccherà gli aspetti cruciali del sistema. Potrebbe arrivare in porto entro 1 mese.

zonte triennale, al quale Lorenzin e i governatori hanno lavorato a lungo nei nove mesi del primo incarico. Con risultati non distanti e quasi a portata di mano, ma che sarebbero stati spazzati via in caso di cambio di guardia al ministero. Finanziamento, ospedali, cure h24, personale, farmaci, ricerca, assetto delle asl: questi i capitoli nevralgici che il «Patto» dovrà riformare. Per non dire degli interventi sul federalismo. E di quella spending review su cui con Cottarelli non sono mancate frizioni: Lorenzin e le regioni vogliono tenere in casa Ssn i risparmi e fare da sé la spending, chissà che dirà e che vorrà ora, da via XX Settembre, Pier Calo Padoan.

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Caldoro rilancia le macroaree: un risparmio garantito per lo Stato

## Il progetto

Il governatore su Twitter: al Sud servono enti senza bilanci che facciano solo programmazione

### Gerardo Ausiello

È un suo cavallo di battaglia e, ora che a Palazzo Chigi c'è un nuovo governo, Stefano Caldoro lo rilancia. L'idea del presidente della giunta campana è quella di «sciogliere le Regioni». Una proposta, che già in passato ha fatto discutere, lanciata direttamente al premier Matteo Renzi: dobbiamo dar vita, scrive infatti il governatore su Twitter, a «sei nuove macroaree senza bilanci e gestione ma solo con programmazione. Ci vuole coraggio per cambiare». Cosa significa, in concreto, questa rivoluzione? La sfida dell'ex ministro socialista è mettere

in campo una riforma che porti all'acorpamento delle Regioni che, è il ragionamento, devono essere enti di gestione, snelli e senza bilanci. Solo così, osservano a Palazzo Santa Lucia, si potrebbe risolvere il problema della duplicazione di competenze e dei costi che lo Stato non riesce più a sostenere. Perché infatti, insiste Caldoro, di questo passo - tra tagli dei trasferimenti e continui sacrifici richiesti ai cittadini - sarà impossibile andare avanti.

Da qui il pressing sul governo nella speranza che affronti in maniera risolutiva il nodo delle Regioni. Un appello condiviso dall'ex ministro delle Pari opportunità, Mara Carfagna: «L'idea avanzata da Caldoro di sciogliere le attuali Regioni per creare sei nuove macroaree con compiti prevalentemente gestionali risponde a quell'esigenza, avvertita da tutti, di snellire lo Stato e renderlo più efficiente riducendo, al contempo, i costi del-

la rappresentanza politica. Una riforma ineludibile a favore della quale - annuncia la Carfagna - mi batterò in Parlamento». Proprio su questo terreno potrebbe anche scattare un dialogo bipartisan. Lo lascia intendere il deputato del Pd, Enzo Amendola: «La riforma del titolo V della Costituzione è un'occasione storica. Merito del premier Renzi averla messa al centro del processo di riforma istituzionale, come ha riconosciuto lo stesso Caldoro». «Infatti - aggiunge Amendola - il regionalismo che abbiamo avuto fin qui mostra tutta la sua inadeguatezza e incapacità ad affrontare le attuali problematiche economiche e sociali. Per questo convengo con Caldoro che la riforma debba essere portata avanti coraggiosamente, anche superando le caratteristiche del regionalismo e le forme che di conseguenza ha assunto il federalismo italiano: diminuire il numero di Regioni, togliere capacità gestionali, rivedere le materie concorrenti e ridurre la spesa corrente. Non è solo un problema dei costi ma è anche la condizione per triplicare il Pil nel Sud, come dimostrano degli studi in materia. È tempo di riforme radicali dell'architettura istituzionale e mi auguro che, al di là delle differenze politiche, si raggiungano obiettivi comuni di modernizzazione del Paese». Di «nuovo Mezzogiorno» parla invece il consigliere regionale Giuseppe Russo: «La macroregione meridionale è la nuova frontiera per rilanciare il Sud e il resto del Paese. Il governo Renzi lavori rapidamente per riformare il titolo V che deve andare oltre quella che oggi è solo una devoluzione senza mai essere stata federalismo. Credo che questa consapevolezza sia ormai patrimonio di tutto il Pd meridionale e della quasi totalità dei presidenti delle Regioni indipendentemente dal colore politico, così come nel caso di Caldoro».



**La proposta** Stefano Caldoro governatore della Campania

**Le reazioni**  
Carfagna (Fi):  
sosterrò  
la proposta  
Ma la riforma  
piace pure al Pd  
Amendola:  
obiettivi comuni

E-HEALTH

## Tutti i guai in un Fascicolo

A giugno Fse obbligatorio - Ma esiste solo in 4 Regioni

**P**er ora c'è solo in quattro Regioni, ma da giugno dovrà essere diffuso in modo omogeneo su tutto il territorio. È pronto il Dpcm che detta le regole per la realizzazione del fascicolo sanitario elettronico e mette nero su bianco contenuti e tutele per la privacy dei cittadini. A PAG. 4-5

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO/ Pronto il Dpcm per avviare la realizzazione

# La salute a portata di un «clic»

Fse in funzione solo in quattro Regioni - Si parte per tutti entro giugno

**S**olo in quattro per ora hanno centrato l'obiettivo che promette miliardi di risparmi: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Trento il fascicolo sanitario elettronico ce l'hanno già ed è operativo. Anzi, in Lombardia si sta estendendo anche al settore socio-sanitario, ma l'innovazione on line si ferma qui. E se altre cinque Regioni stanno "sperimentando" il Fse, ci sono anche quelle ancora in fase di progettazione. Nonostante le speranze di risparmi miliardari (fino a 12 miliardi quando la sanità elettronica sarà a regime) che hanno il loro pilastro base proprio nel fascicolo sanitario web.

E visto che c'è chi batte la fiacca e chi è insicuro ancora sul da farsi, ecco quasi pronto al primo via libera di Palazzo Chigi il Dpcm sul fascicolo sanitario elettronico che ora dovrà passare il vaglio dei governatori per poi diventare operativo a tutti gli effetti.

Si tratta del "pezzo mancante" al Fse per un'applicazione omogenea su tutto il territorio nazionale e nel testo si descrivono sia i contenuti che dovrà prevedere, sia gli aspetti tecnici e di privacy per la sua realizzazione.

**I contenuti.** Nel Fse è previsto un cosiddetto "nucleo minimo" di dati e documenti uguali per tutti che contengono oltre i dati identificativi e amministra-

tivi dell'assistito, i referti, i verbali pronto soccorso, le lettere di dimissione, il profilo sanitario sintetico, i dossier farmaceutici e anche il consenso o diniego alla donazione degli organi e tessuti.

C'è poi una serie di documenti integrativi che arricchiranno il Fse e che dipenderanno dalle scelte regionali. Si tratta in questo caso della descrizione e dell'annotazione di tutte le prescrizioni (specialistiche, farmaceutiche ecc.) ricevute dall'assistito e anche delle prenotazioni (specialistiche, di ricovero ecc.) e delle cartelle cliniche. Ma non ci si ferma all'ospedale e alle visite ambulatoriali: il Fse potrà contenere anche i bilanci di salute, i riferimenti all'assistenza domiciliare e la scheda, i programmi e la cartella clinico-assistenziale dell'assistito. Previsto uno spazio anche per i piani diagnostico-terapeutici, l'assistenza residenziale e semiresidenziale, le schede multidimensionali di valutazione. E poi i dati sull'erogazione farmaci, le vaccinazioni, le prestazioni specialistiche e quelle di emergenza-urgenza (118 e pronto soccorso), di assistenza ospedaliera in ricovero.

Tra le informazioni dovranno essere previste naturalmente quelle sui certificati medici e le relazioni relative alle prestazioni erogate dal servizio di continuità assistenziale, le autocerti-

ficazioni, la partecipazione a sperimentazioni cliniche. E non potranno mancare esenzioni, protesi e tutte le informazioni sulle attività di gestione integrata dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Tra i documenti obbligatori per tutti c'è quindi il profilo sanitario sintetico, o "patient summary", il documento socio-sanitario informatico, cioè redatto e aggiornato dal Mmg/Pls, che riassume la storia clinica dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta. Tra quelli integrativi c'è il taccuino personale dell'assistito, una sezione riservata del Fse all'interno della quale è permesso all'assistito di inserire dati e documenti personali e relativi ai propri percorsi di cura, anche effettuati presso strutture al di fuori del Ssn.

**La privacy.** Infine la tutela della privacy. Fermi restando tutti i paletti perché quelle sanitarie sono informazioni sensibili, il Dpcm prevede anche dati su cui si dovrà mantenere in modo più rigido l'anonimato. Si tratta dei dati e dei documenti sanitari e socio-sanitari disci-

plinati dalle disposizioni normative a tutela delle persone sieropositive, delle donne che si sottopongono a un'interruzione volontaria di gravidanza, delle vittime di atti di violenza sessuale o di pedofilia, delle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, delle donne che decidono di partorire in anonimato, nonché dei dati e documenti riferiti ai servizi offerti dai consultori familiari. Questi potranno essere visibili solo su esplicito consenso dell'assistito e se questo dovesse decidere di ricorrere alle prestazioni in anonimato, non è ammessa l'alimentazione del Fse da parte dei soggetti che erogano le prestazioni.

**Gli scopi del Fse.** Il Fse, inteso come insieme di dati e

documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, che riguardano l'assistito, consente di migliorare l'assistenza al paziente, attraverso una più rapida disponibilità di informazioni sullo stato della propria salute, e di accrescere la qualità e tempestività delle decisioni del medico, particolarmente utili in condizioni di emergenza-urgenza. Il fascicolo sanitario elettronico ha tra gli obiettivi quello di fornire ai medici, e più in generale ai clinici e agli operatori del territorio, una visione globale e unificata dello stato di salute dei singoli cittadini, e rappresenta il punto di aggregazione e condivisione delle informazioni e dei documenti clinici che riguardano il cittadino, generati dai vari attori del

sistema sanitario. Le informazioni e i documenti sanitari che contiene sono organizzati secondo una struttura gerarchica paziente-centrica, che permette la navigazione tra i documenti clinici in modalità differenti a seconda del tipo di indagine.

Il fascicolo sanitario elettronico garantisce, così, la continuità di cura nei diversi setting assistenziali, favorendo, nel pieno rispetto della privacy, l'integrazione delle diverse competenze professionali, e contribuisce, inoltre, a migliorare la programmazione, il controllo e la valutazione del sistema sanitario.

**I tempi.** L'importanza del Dpcm sta anche nel fatto che il provvedimento rappresenta il presupposto per la definizione da parte del ministero della Sa-

lute e dell'Agenzia per l'Italia digitale delle linee guida - previste nel decreto legge sull'agenda digitale all'articolo 12 che disciplina il Fse - sulla base delle quali le Regioni devono presentare, entro il 30 giugno 2014, i piani di progetto per la realizzazione del Fse.

Il ministero e l'Agenzia, insieme con il Cnr, stanno lavorando sulle linee guida proprio per poterle adottare entro il 31 marzo, come previsto dalla legge.

**Paolo Del Bufalo**

### Profilo sanitario sintetico e taccuino dell'assistito

**T**ra i documenti obbligatori che dovranno essere adottati in modo omogeneo in tutte le Regioni e su tutti i fascicoli c'è il profilo sanitario sintetico, o "patient summary", il documento socio-sanitario informatico cioè redatto e aggiornato dal Mmg/Pls, che riassume la storia clinica dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta. La sua finalità è di favorire la continuità di cura, permettendo un rapido inquadramento dell'assistito al momento di un contatto con il Ssn. I dati essenziali che contiene sono quelli individuati nel disciplinare tecnico allegato al Dpcm. In caso di variazione del Mmg/Pls, il nuovo Mmg/Pls dovrà mantenere il documento precedentemente redatto oppure potrà redigerne uno nuovo. Ogni modifica o aggiornamento al profilo sanitario sintetico implica, comunque, la creazione di una nuova versione, separata da quella originaria.

Tra i documenti integrativi, invece, particolare rilevanza avrà il taccuino personale dell'assistito. Si tratta di una sezione riservata del Fse all'interno della quale è permesso all'assistito di inserire dati e documenti personali e relativi ai propri percorsi di cura, anche effettuati presso strutture al di fuori del Ssn. I dati e i documenti inseriti nel taccuino personale dell'assistito sono informazioni non certificate dal Ssn e devono essere distinguibili da quelli inseriti dai soggetti che alimentano il Fse dal punto di vista clinico (medici e operatori sanitari autorizzati all'assistenza).

### Il consenso e la sua (eventuale) revoca

**L**a consultazione dei dati e documenti presenti nel fascicolo sanitario elettronico può avvenire solo dopo che l'assistito ha preso visione dell'informativa e ha espresso il consenso che, nel caso di minore o di persona sottoposta a tutela, deve essere espresso dal rappresentante legale che abbia esibito un proprio documento di identità. Il consenso può essere espresso anche per via telematica, sempre attraverso il Fse secondo le modalità stabilite dal decreto e l'assistito può revocarlo in ogni momento, anche in questo caso per via telematica. La revoca determina l'interruzione dell'alimentazione del Fse, senza conseguenze sull'erogazione delle prestazioni. Il Fse è comunque alimentato da eventuali correzioni dei dati e dei documenti che lo hanno composto fino alla revoca, da parte degli organismi sanitari che li hanno generati che mantengono la titolarità su di essi. La revoca determina la disabilitazione della consultazione da parte degli operatori sanitari e socio-sanitari. Il consenso vale anche per l'accesso al Fse da parte di professionisti e operatori sanitari nei casi di emergenza sanitaria o igiene pubblica, rischio grave, imminente e irreparabile per la salute e l'incolumità fisica dell'interessato. In questo gli operatori possono accedervi dopo una loro esplicita dichiarazione scritta, consultando le sole informazioni rese visibili dall'assistito. Le dichiarazioni e gli accessi ai dati sono memorizzati perché l'assistito possa verificarli.



# Check sui conti, poi tagli fiscali

Il piano Padoan: più crescita con meno tasse sul lavoro - Rehn (Ue): sa cosa va fatto

## La partita in Europa

A Bruxelles il ministro offrirà l'impegno su interventi strutturali per poter «scongelare» la trattativa sul bonus investimenti

### IL BILANCIO DI LETTA

La nota di Via XX settembre: gli interventi di politica economica del governo uscente ammontano a 45,3 miliardi nel triennio

Dino Pesole

ROMA

■ Un primo check sui conti pubblici, che apra la strada alla ridefinizione del nuovo quadro macroeconomico, anche alla luce delle stime aggiornate che la Commissione europea diffonderà martedì. Operazione che andrà perfezionata entro metà aprile, quando il neo ministro dell'Economia, Pier Carlo Padoan trasmetterà a Bruxelles il «Def», con accluso l'aggiornamento del Programma di stabilità e il Piano nazionale di riforma. Una volta definiti gli effettivi spazi di manovra per l'anno in corso, la partita potrà avere inizio. Si tratta anche di verificare in concreto la portata dei rischi paventati dalla Corte dei Conti: 13,7 miliardi di possibili minori entrate nel 2017-2020, con la spesa pubblica che avrebbe preso a correre già nel 2014 (4,6 miliardi in più).

Al primo punto l'intervento sul cuneo fiscale. Il primo segnale potrà essere anche inviato in

tempi brevi, poiché già nei prossimi giorni verrà trasmesso a Padoan lo schema dei possibili interventi sulla spesa. È il frutto del lavoro di ricognizione condotto dalla task force che fa capo al commissario straordinario Carlo Cottarelli. La decisione su come e dove intervenire sarà tutta politica, e su questo si misurerà ben presto il grado di coesione e unità d'intenti del governo Renzi. Ieri sera il ministero dell'Economia ha diffuso un documento di sintesi che riassume il contributo del Mef alla politica economica del governo Letta, in cui si sottolinea come una «versione rivista» delle proposte messe a punto da Cottarelli verrà presentata al nuovo governo nel corso delle prossime settimane. Gli interventi di politica economica finanziati dal governo Letta «ammontano in totale a circa 45,3 miliardi nel triennio».

«Padoan sa cosa deve essere fatto», ha commentato ieri da Sidney il commissario Ue agli affari economici Olli Rehn, e in serata, via Twitter, passaggio simbolico delle consegne con il ministro uscente Fabrizio Saccomanni che parla di «terreno dissodato e seminato. Troppo presto per il raccolto. I migliori auguri a Padoan per il lavoro ancora da fare». «Conosco Padoan, il mestie-

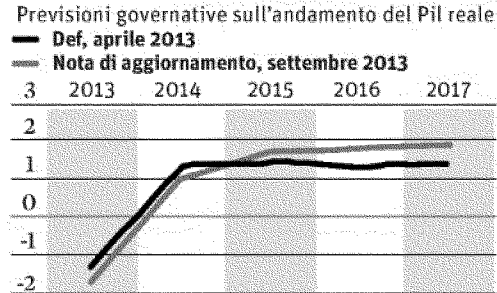
re lo sa bene, poi vedrà lui», è il commento dell'ex presidente del Consiglio, Romano Prodi.

Fisco in primo piano dunque, per provare a mettere in pratica le idee che Padoan ha espresso di recente sull'argomento. Le tasse che danneggiano di meno la crescita «sono quelle sulla proprietà, come l'Imu», mentre quelle sulle quali occorre intervenire sono quelle sul lavoro. Ridurre la pressione fiscale per favorire la crescita: uno schema che il neo ministro dell'Economia proverà a proporre a Bruxelles. Flessibilità sui vincoli di bilancio e sul percorso di rientro dal debito, in cambio di riforme in grado di spingere l'acceleratore sul potenziale di crescita della nostra economia. A quel punto potrà anche riaprirsi la trattativa sul «bonus investimenti», congelato da Bruxelles. Di certo gioverà a Padoan la lunga esperienza maturata all'interno delle istituzioni internazionali, dal Fmi all'Ocse, e la solidità dei rapporti con la stessa Commissione europea.

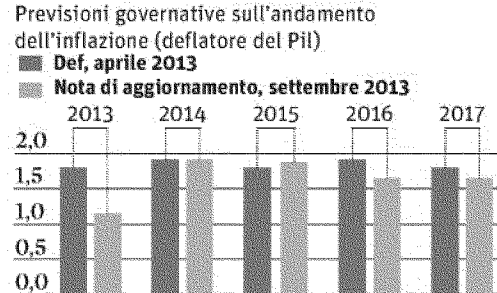
Padoan è rientrato solo in tarda serata da Sidney e come previsto non ha potuto prender parte alla cerimonia al Quirinale per il giuramento del nuovo governo. Salirà al Colle nelle prossime ore.

## Il quadro macroeconomico

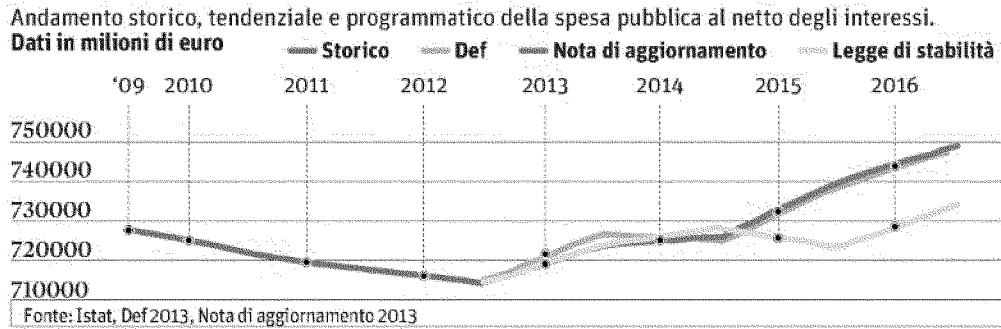
### LA LENTA RIPRESA



### INFLAZIONE IN DISCESA



### LA SPESA PUBBLICA RIPRENDE A SALIRE





## **Sanità, raggiunto l'accordo sui servizi a distanza**

**NAPOLI** - E' stata sancita ieri in Conferenza Stato-Regioni l'intesa sul documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali". A fronte della diffusione non organica di servizi sanitari erogati con modalità di Telemedicina, il Ministero della Salute, in accordo con le Regioni, ha predisposto le Linee di indirizzo per disporre di un modello di governance condivisa delle iniziative di Telemedicina, volta all'armonizzazione degli indirizzi e dei modelli di applicazione di questa modalità di erogazione/fruizione di servizi a distanza.

*Da oggi tutti i medici e gli odontoiatri possono pagare i contributi previdenziali a rate. Per farlo basta accedere all'area riservata del sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it) e chiedere l'addebito diretto sul proprio conto corrente bancario. Il nuovo sistema comporta minori spese per gli iscritti e risparmi per l'ente. Chi farà richiesta entro il 15 marzo potrà beneficiare della domiciliazione già per i contributi di Quota A del 2014 (il termine è il 28 febbraio per chi aveva già la domiciliazione con Equitalia). La scelta dell'addebito automatico tramite banca permette di risparmiare sui costi: per ogni operazione si pagherà meno di 50 centesimi (contro circa un euro di chi pagherà con i bollettini Mav). Inoltre, non essendo prevista l'emissione di bollettini di carta, si ridurranno le spese postali e si eliminerà ogni rischio legato al mancato o tardivo recapito. Infatti, una volta attivato l'addebito diretto, i contributi dovuti saranno riscossi l'ultimo giorno utile, senza il rischio di incorrere in sanzioni.*

L'INTERVENTO

## Politiche appropriate e diffuse sul territorio

L'articolo 32 della nostra Costituzione sancisce che «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». Questo principio universale supera, senza mezzi termini, un'eventuale possibile discriminazione rispetto al diritto alla salute sia per le donne che per gli uomini, parlando esplicitamente di individuo.

Nel passato, però, la medicina ha studiato malattie, condotto ricerche, sperimentato farmaci facendo riferimento solo al mondo maschile. Le attuali ricerche scientifiche, al contrario, hanno evidenziato come, tra uomini e donne, non vi siano solo differenze genetiche, anatomiche, fisiologiche, ormonali, ma anche di abitudini, stili di vita, sport, alimentazione, fattori sociali e culturali.

In Italia le donne sono al terzo posto, dopo Francia e Spagna, per aspettative di vita rispetto agli uomini. Esse vivono più a lungo, ma con una maggiore incidenza di malattie croniche. Si tratta del cosiddetto "paradosso donna" che evidenzia come la differenza di genere debba essere un presupposto per chi lavora nel campo della salute. Infatti, secondo il Libro bianco dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda), mettendo a confronto i livelli di consu-

mo di farmaci, risultano più elevati tra la popolazione femminile (42,9% vs 34,3% maschile).

Una stessa malattia che colpisce sia l'uomo che la donna può presentare una sintomatologia, un decorso, una prognosi e una risposta farmacologica differenti. Questo, oggi si sa, perché l'uomo e la donna sono biologicamente diversi. Non si tratta più, come avveniva nei vecchi corsi di medicina, di studiare patologie esclusivamente femminili, ma di andare oltre e prendere atto delle oggettive differenze esistenti tra i due sessi.

A questo punta la medicina di genere, ormai universalmente riconosciuta come branca essenziale del sapere medico, deve essere considerata un vero e proprio obiettivo strategico di sanità pubblica per la tutela della salute di uomini e donne.

Il nostro Paese ha investito molto in questa direzione. Lo dimostra un progetto del ministero della Salute che, dal 2008 al 2012, ha coinvolto 25 unità operative disseminate sul territorio nazionale, studiando 5 aree prioritarie: malattie dimetaboliche e cardiovascolari; immunità ed endocrinologia; ambiente di lavoro; malattie iatrogene e reazioni avverse; determinanti della salute della donna. Inoltre, dal 2007, è attiva presso l'Istituto superiore di Sanità una struttura ad hoc che si occupa delle differenze biologiche.

L'obiettivo che il nostro Ssn deve porsi è quello di lavorare sull'appropriatezza delle cure con un occhio attento alle problematiche di genere, contribuendo sia alla ricerca di base che a quella clinica. Allo stesso tempo, monitorare che le evidenze scientifiche in materia e le direttive comunitarie, in tema di salute della donna, siano applicate su tutto il territorio nazionale, affinché il nostro servizio sanitario mantenga l'alto, e universalmente riconosciuto, grado di efficacia, efficienza ed equità.

**Angelo Lino Del Favero**  
presidente di Federsanità Anci

e Dg Aou Città della Salute e della Scienza

### Toh, la telemedicina

**V**arate le prime linee di indirizzo sulla telemedicina: vademecum in otto capitoli, dal glossario alla valutazione costi-benefici.

A PAG. 5

## VIA LIBERA DALLA CONFERENZA STATO-REGIONI

# Telemedicina, ecco le prime linee guida nazionali

**L**a telemedicina in otto capitoli: dal glossario alle finalità, dall'organizzazione dei servizi all'integrazione nel Ssn, dagli indicatori di performance, dall'Hta agli aspetti etici fino alla remunerazione. Giovedì scorso la Conferenza Stato-Regioni ha varato le prime linee di indirizzo nazionali - anticipate da Il Sole-24Ore Sanità n. 3/2014 - su un argomento che parte da lontano: il vademecum scaturito dal tavolo di lavoro che l'allora ministro della Salute pro tempore **Ferruccio Fazio** istituì nel 2010 presso il Consiglio superiore di Sanità.

La scommessa, in un sistema che in Italia resta in buona parte affidato al fai-da-te e alle best practice, è poter sfruttare appieno le opportunità offerte in settori-chiave come la continuità ospedale-territorio, le grandi patologie, la cronicità, il sistema dell'emergenza-urgenza e la riorganizzazione della diagnostica di laboratorio e per immagini. I vantaggi, evidenti dove la medicina a distanza è bene applicata, sono tanti: equità di accesso all'assistenza, continuità di cura, migliori efficacia, efficienza e appropriatezza, contenimento della spesa e, certo non ultimo, il contributo all'economia, stimato da uno studio della Bbc Research del marzo 2012 in crescita dai 9,8 miliardi del 2010 ai 27 miliardi del 2016.

Presupposto fondamentale perché il sistema "marci", saranno i processi di formazione dei medici e di empowerment dei pazienti. Mentre eventuali profili critici connessi ad aspetti normativi o regolamentari conseguenti all'introduzione della telemedicina - incluse

questioni di privacy e riservatezza - andranno monitorati da una Commissione tecnica paritetica composta da sei membri (tre di nomina ministeriale e tre indicati da Regioni e Pa), che dovrà avanzare proposte, anche normative, al ministero della Salute.

Attraverso il documento del percorso clinico o assistenziale integrato, la prestazione di telemedicina viene inserita secondo le linee guida nel complesso dei servizi erogati, «definendo quella riorganizzazione dei percorsi in grado di assicurare i migliori risultati sul piano di efficacia e appropriatezza».

Per la scelta più appropriata - telemedicina o forma tradizionale - andranno confrontati costi ed efficacia; mentre ai fini della remunerazione l'offerta delle prestazioni già previste dai tariffari nazionali e regionali - erogata in linea con i criteri di autorizzazione e accreditamento ex Dlgs 502/1992 - andrà eventualmente valorizzata tenendo conto in particolare della tecnologia impiegata. Per le prestazioni previste dai tariffari nazionali e regionali ma che, grazie all'impiego della tecnologia, «possono concorrere a un miglioramento del contenuto diagnostico-terapeutico e a un rafforzamento del monitoraggio continuo», la descrizione e il valore delle attività andranno necessariamente modificati in relazione al diverso contenuto della prestazione.

All'analisi costo-efficacia potrebbero essere associati altri elementi oggetto di misurazione, come la valutazione della qualità ottenuta ovvero l'utilizzo del concetto di costo-opportunità (costo derivante dal mancato sfruttamento di una opportunità). La valutazione resta

demandata ai centri di responsabilità - sottolineano le linee di indirizzo - ma la prevedibile variabilità dei costi porta a suggerire la considerazione-normalizzazione dei cluster regionali e l'utilizzo della metodologia dei costi standard per una parametrizzazione a livello nazionale. «Non esistono regole universali di interpretazione e la scelta dei valori soglia non è necessariamente esente da rischi», conclude prudentemente il documento. «Un approccio interpretativo più asettico potrebbe essere quello di valutare gli impatti sul budget (come avviene attraverso le Qaly league tables), conservando un margine di motivata discrezionalità ai valutatori».

Le linee guida spaziano poi dalla valorizzazione economica all'indicazione "tecnica" sugli standard di servizio. Il testo varato dalle Regioni si sforza di fornire un primo strumento utile di programmazione, sviluppo, monitoraggio e valutazione di servizi di telemedicina, tracciando la rotta per un modello di analisi che permetta di confrontare le situazioni gestionali esistenti. Questi i sette indicatori che al momento si suggerisce di considerare per descrivere un servizio di telemedicina: dimensione (volume delle prestazioni erogate), continuità temporale (durata e stabilità del servizio); qualità (standard e performance di risposta al servizio); efficienza (costo del servizio); efficacia (confronto con la popolazione di utenti affetti dalla patologia oggetto del servizio di telemedicina ma seguiti in modalità convenzionale); gradimento da parte degli utenti (caregivers e pazienti).

**B.Gob.  
S.Tod.**

#### Le finalità della medicina e le categorie della telemedicina specialistica

##### Finalità della telemedicina

**Prevenzione secondaria.** Si tratta di servizi dedicati alle categorie di persone già classificate a rischio o persone già affette da patologie (a esempio diabete o patologie cardiovascolari), le quali, pur conducendo una vita normale devono sottoporsi a costante monitoraggio di alcuni parametri vitali come, a esempio, tasso di glicemia per il paziente diabetico, al fine di ridurre il rischio di insorgenza di complicazioni.

**Diagnosi.** Si tratta di servizi che hanno come obiettivo quello di muovere le informazioni diagnostiche anziché il paziente. Un iter diagnostico completo è difficilmente eseguibile attraverso l'uso esclusivo di strumenti di telemedicina, ma la telemedicina può costituire un completamento o consentire approfondimenti utili al processo di diagnosi e cura, a esempio, attraverso la possibilità di usufruire di esami diagnostici referenziati dallo specialista, presso l'ambulatorio del medico di medicina generale, la farmacia, il domicilio del paziente.

**Cura.** Si tratta di servizi finalizzati a operare scelte terapeutiche e a valutare l'andamento prognostico riguardante pazienti per cui la diagnosi è ormai chiara. Si tratta a esempio di servizi di telechirurgia o della possibilità di interventi chirurgici a distanza.

**Riabilitazione.** Si tratta di servizi erogati presso il domicilio o altre strutture assistenziali a pazienti cui viene prescritto l'intervento riabilitativo come pazienti fragili, bambini, disabili, cronici, anziani

**Monitoraggio.** Si tratta della gestione, anche nel tempo, dei parametri vitali, definendo lo scambio di dati (parametri vitali) tra il paziente (a casa, in farmacia, in strutture residenziali dedicate...) in collegamento con una postazione di monitoraggio per l'interpretazione dei dati.

##### Telemedicina specialistica

**Televisita.** La televisita è un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente. L'atto sanitario di diagnosi che scaturisce dalla visita può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure. Durante la televisita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente può assistere il medico. Il collegamento deve consentire di vedere e interagire con il paziente e deve avvenire in tempo reale o differito.

**Teleconsulto.** Il teleconsulto è un'indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente. Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette a un medico di chiedere il consiglio di uno o più medici, in ragione di specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni mediche legate alla presa in carico del paziente.

**Telecooperazione sanitaria.** La telecooperazione sanitaria è un atto consistente nell'assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario a un altro medico o altro operatore sanitario impiegato in un atto sanitario. Il termine viene anche utilizzato per la consulenza fornita a quanti prestano un soccorso d'emergenza.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Notizie dalle Province



**La storia**

# L'oncologo di Chiusano, un altro cervello in fuga

**Barbara Ciarcia**

**D**omani notte Carmine De Angelis, oncologo e ricercatore trentenne di Chiusano San Domenico, partirà con la moglie biologa, Marialetizia Cataldo, per l'America. Destinazione: Baylor College of Medicine di Houston, Texas. E andrà ad allungare la lista dei cervelli in fuga dall'Italia. La sua non è certo una condizione di emigrato di seconda o terza classe ma di laureato eccellente con tanto di specializzazione in Oncologia, e una notevole esperienza di ricerche in laboratorio presso la facoltà di Medicina e Chirurgia della Federico II di Napoli. E oncologo-ricercatore di primo ordine costretto però a lasciare il suo paese. Origini umili, e natali lombardi, Carmine De Angelis, figlio di Antonio e Lilliana, titolari di un negozio di generi alimentari, va fiero della sua terra. «Lasciarla spiace sempre - ci racconta il dottore De Angelis - anche perché qui lasci i tuoi affetti più cari, la famiglia, ma per lavoro, ahimè, bisogna mettere in conto pure l'ipotesi di andare via, di emigrare proprio come accadeva nel secolo scorso».

E la storia si ripete. Solo che gli emigrati attuali sono giovani con una laurea, una specializzazione, ma non una prospettiva di inserimento occupazionale sicuro nel nostro Paese.

«A Napoli avrei continuato a fare ricerca ma praticamente senza la speranza di ottenere un contratto migliore - continua sempre De Angelis - o di fare quel salto di qualità che l'America, al contrario, ti consente di fare». Le opportunità oltreoceano non mancano. E in effetti Carmine De Angelis dalla prossima settimana inizierà a lavorare, e a fare ricerca sul cancro al seno, in uno dei maggiori e più importanti centri di ricerca oncologica a livello mondiale, il Baylor College of Medicine.

E in Texas il dottore De Angelis da Chiusano san Domenico è arrivato grazie alle sue capacità, al suo pedigree medico-scientifico impeccabile e di tutto rispetto. Le pubblicazioni fatte e le ricerche eseguite sono state determinanti e gli hanno spianato la strada americana.

**La storia**

# Precario a vita in Italia, ricercatore negli States

**Barbara Ciarcia**

SEGUE DALLA PRIMA PAGINA

La frontiera della ricerca oncologica è innanzitutto a stelle e strisce. Houston poi è diventata la capitale mondiale della sperimentazione in questo campo. Carmine De Angelis non nasconde l'emozione ma nel contempo anche la soddisfazione per il prestigioso incarico che andrà a ricoprire. «È vero - prosegue l'oncologo irpino - c'è sempre quel brivido che accompagna ogni nuova esperienza che si fa però dietro questo successo ci sono pure i sacrifici personali sostenuti e quelli dei mie genitori. A loro, e a mia moglie, voglio dedicare quanto mi appresto a fare. E soprattutto spero di fare tanto per la ricerca e per la lotta al cancro». Quello della mammella, si sa, è uno dei tumori più diffusi e letali. E in questo la ricerca deve fare ancora altri passi da gigante, specie nel campo della prevenzione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**La struttura** Un'ambulanza davanti all'ospedale di Caserta

## L'iniziativa

# Pancreas, le nuove cure all'ospedale

Una tecnica avanzatissima per la cura del tumore al pancreas che ora può essere trattato attraverso una strumentazione specifica a disposizione dell'Ospedale di Caserta. Un trattamento a radiofrequenze e microonde, non termico, che consente di aggredire tumori non asportabili chirurgicamente. Al Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, sotto la guida del direttore del Dipartimento dei servizi integrati e diagnostici Giuseppe Belfiore, già sono stati trattati con successo dieci pazienti.

«È uno dei tanti servizi di eccellenza - dice il commissario straordinario Paolo Sarnelli - che vengono offerti da questo ospedale. Una struttura in cui l'impegno di tutto il personale è anche di aggiornare tecniche diagnostiche e terapeutiche avvalendosi delle più moderne apparecchiature».

Delle «Nuove frontiere di ablazione mediante elettroporazione irreversibile IRE nel carcinoma localmente avanzato del pancreas» si discuterà dopodomani a partire dalle 9,30 nell'aula magna dell'Azienda Ospedaliera di Caserta. L'introduzione è affidata al professore Belfiore, e sono previsti interventi dei professori Ianniello, Salzano De Luna, Marsicano e Romanelli.

# Il trasferimento della Asl fa litigare la maggioranza e l'opposizione

Sede a Frattamaggiore, il Consiglio comunale dà mandato ai legali: non è baricentrica al territorio

**Elisabetta Froncillo**

POZZUOLI. Battaglia politica e legale. È quanto è stato annunciato dal Consiglio comunale di Pozzuoli per il trasferimento della direzione generale dell'Asl Na2 dal comune flegreo a Frattamaggiore. La Giunta regionale ha deliberato, il 7 febbraio scorso, di spostare il quartier generale della Sanità per ragioni di «economicità», in base ad un comodato d'uso gratuito, per 30 anni, di un intero fabbricato messo a disposizione nel nuovo Comune. Ma secondo il parlamentino locale questo non basterebbe per una decisione simile, ed è stato dato mandato ai legali di intervenire per accertare il rispetto della legge regionale n.16 del 2008.

Secondo quest'ultima i criteri cardine per il dislocamento degli uffici che ricoprono più territori, «devono basarsi sul baricentro della popolazione e sulla preesistenza di adeguate strutture sanitarie affinché non ci siano costi aggiuntivi nel comune capoluogo di ciascuna provincia». «In un'interrogazione del consigliere regionale Pasquale Giacobbe - dichiara Guido Iasiello, FI - il direttore Ferraro spiega che esiste un accordo con il sindaco di Frattamaggiore, per la disponibilità gratuita della sede». «Ferraro si è smentito rispondendo al consigliere regionale - ribadisce Elio Buono capogruppo del Pd - Non esiste nessun comodato, come invece dichiarato in delibera, e non è stata rispettata la legge regionale per l'assegnazione delle sedi. La nostra è una lotta poli-



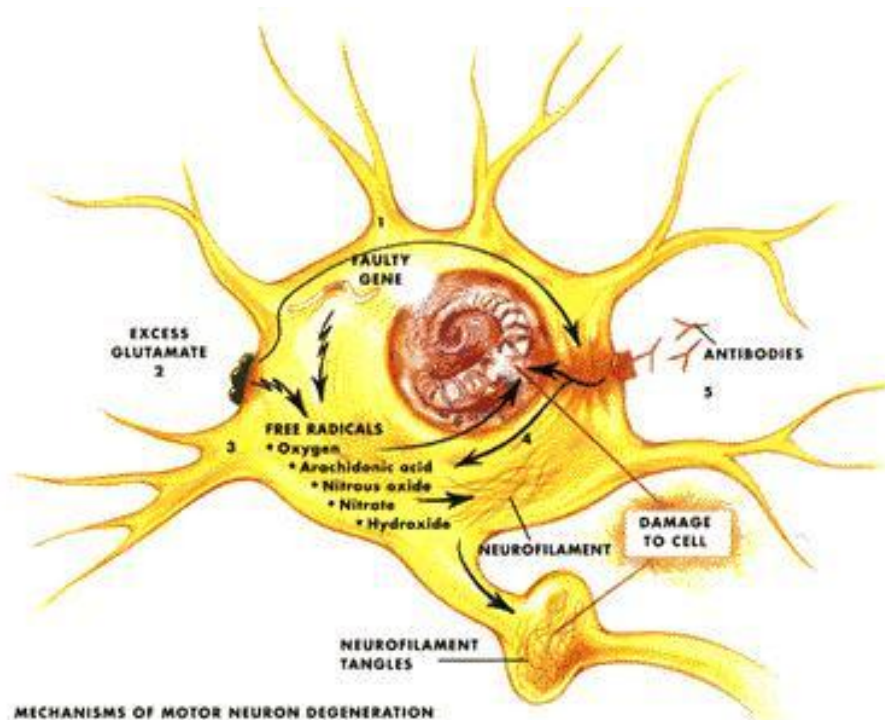
”  
**Il sindaco**  
Figliolia:  
«Caldoro aveva chiesto il mio appoggio, io ora chiedo il rispetto di tutti»

tica per la città di Pozzuoli, siamo stanchi di subire soprusi da enti che neanche conoscono il territorio». «Anche nel nostro comune l'Asl ha una sede gratuita, ci dicano i veri motivi del trasferimento - afferma Tito Fenocchio dall'opposizione - la Regione ritiri la delibera che ha molti vizi e dei falsi». «Si specifichi nella richiesta alla Regione che il Comune è disposto a dare gratuitamente la sede», è la richiesta fatta dal capogruppo Filippo Monaco. Respinta poi dall'assemblea, che ha spiegato attraverso il Pd «è già questa la situazione, quale ulteriore bisogno di spiegarlo?». Risposta che ha fatto abbandonare l'aula al gruppo di centrodestra. «Il presidente Caldoro a dicembre, comprendendo le nostre preoccupazioni, aveva chiesto il mio sostegno impegnandosi in qualsiasi sede per garantire il rispetto e l'uniformità di trattamento di tutti i cittadini e luoghi. - ha precisato il sindaco - Oggi chiediamo che siano rispettati i diritti di tutti».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



### Infezioni

Svolta nella cura di una malattia che interessa milioni di persone

### Sperimentazioni

#### Una ricaduta delle lunghe ricerche per combattere l'Aids

Negli anni 80 e 90 c'era chi si lamentava perché troppe risorse erano destinate alla lotta all'Aids, a scapito dei due grandi big killer, le malattie di cuore e il cancro. Lo si diceva non senza ragioni. Quella ricerca, forse troppo finanziata con soldi pubblici e privati, ha fallito sul versante dei vaccini. Ma ha permesso grandi passi avanti nel campo dei farmaci antivirali e antiretrovirali, nel caso dell'Aids. Ha permesso di imparare a conoscere meglio i virus, le loro molte facce ma anche i loro punti deboli. E se oggi le infezioni da Hiv, da epatite B e ora anche da epatite C possono essere sconfitte, lo si deve a quegli studi. Ci sono voluti circa 30 anni: tanto per ricordarci che la ricerca ha i suoi tempi.

**Farmaci** Notevoli risultati da un nuovo trattamento

# Adesso si può dare scacco all'epatite C

**N**on accade spesso di sentire tanti specialisti, poco avvezzi a gridare al miracolo, parlare dei risultati straordinari di una nuova terapia, definirla un "gigantesco passo avanti" o un "punto di svolta".

È quanto sta accadendo nel campo della cura dell'epatite C, un milione e mezzo di infettati in Italia, 170 milioni nel mondo. La nuova terapia in questione è basata soprattutto su un farmaco, che si chiama *sofosbuvir* ed è un antivirale inibitore dell'*RNA polimerasi*, il che significa che agisce bloccando la replicazione di un virus. Non è certo il primo farmaco che utilizza tale meccanismo, ma questo sembra funzionare meglio nel fermare il virus dell'epatite C. Approvato a metà dicembre negli Usa dalla FDA, sulla base di quattro trial clinici, e a metà gennaio dall'EMA, l'analogo ente europeo,

sarà a breve autorizzato anche sul mercato italiano. «Associato ad altri farmaci, a seconda dei casi, sta dando risultati impensabili fino a pochi mesi fa: è una vera rivoluzione» dice Gaetano Ideo, già direttore di epatologia all'ospedale Niguarda di Milano. «Per la prima volta possiamo pensare a una eradicazione totale di questa malattia, come è avvenuto per il vaiolo» azzarda Massimo Puoti, direttore del reparto Malattie Infettive dello stesso ospedale.

Tanto entusiasmo è motivato anche dalle molte delusioni che hanno contraddistinto la breve storia della terapia dell'epatite C. Quando il virus fu scoperto nel 1989 (prima la malattia veniva definita non A-non B) già esistevano i vaccini per l'epatite B e l'interferone, che sarebbe diventato il protagonista della terapia, e già erano allo studio i primi antivirali che negli anni successivi avrebbero dato buoni

risultati nell'epatite B. C'erano quindi molte fondate speranze di sconfiggere il nuovo virus. Ma subito questi si rivelò essere una "brutta bestia": ancora oggi non esiste un vaccino e la miglior terapia messa a punto negli anni si basa su due farmaci, l'*interferone pegilato* e la *ribavirina*, che hanno efficacia diversa a seconda del genotipo del virus. Esistono infatti sei varianti (e diversi sottotipi) del virus: dei quattro genotipi presenti in Italia, il tipo 1 è il più diffuso (più del 50%), seguito dal 2 (30%).

«In un anno di trattamento con questi due farmaci — dice Ideo — la probabilità di eliminare il virus è del 45% nel genotipo 1 e del 70% nei genotipi 2 e 3. Questi sono i dati delle sperimentazioni, ma nella realtà abbiamo constatato che i risultati sono molto minori: sia perché i pazienti veri sono diversi da quelli dei trial clinici (più anziani, magari con altre malattie) sia perché gli effetti collaterali dell'interferone sono molto importanti e rendono difficoltosa la terapia». Negli anni 2000, con l'obiettivo soprattutto di evitare l'uso dell'interferone, si sono sperimentati diversi antivirali, farmaci cioè che attraverso vari meccanismi aggrediscono direttamente il virus, provandoli da soli o in combinazioni con altri antivirali o con i farmaci tradizionali, con qualche buon ri-

### Nel genotipo 1

Associando il preparato a un antivirale, si è giunti al 90-100% di successi

sultato, ma scontrandosi con la resistenza del virus e, comunque, sempre con gravi effetti collaterali. Poi la svolta del sofosbuvir, antivirale di nuova generazione.

«Nel genotipo 2 si sono ottenute dapprima guarigioni nel 93% dei casi usandolo con la "vecchia" ribavirina — spiega Ideo —. Nel genotipo 1 con lo stesso schema terapeutico i risultati sono discreti, ma associandolo con un altro nuovo antivirale (daclatasvir o ledipasvir) si è arrivati al 90-100% di successi in 8-12 settimane di trattamento. In pratica significa la vittoria sulla malattia».

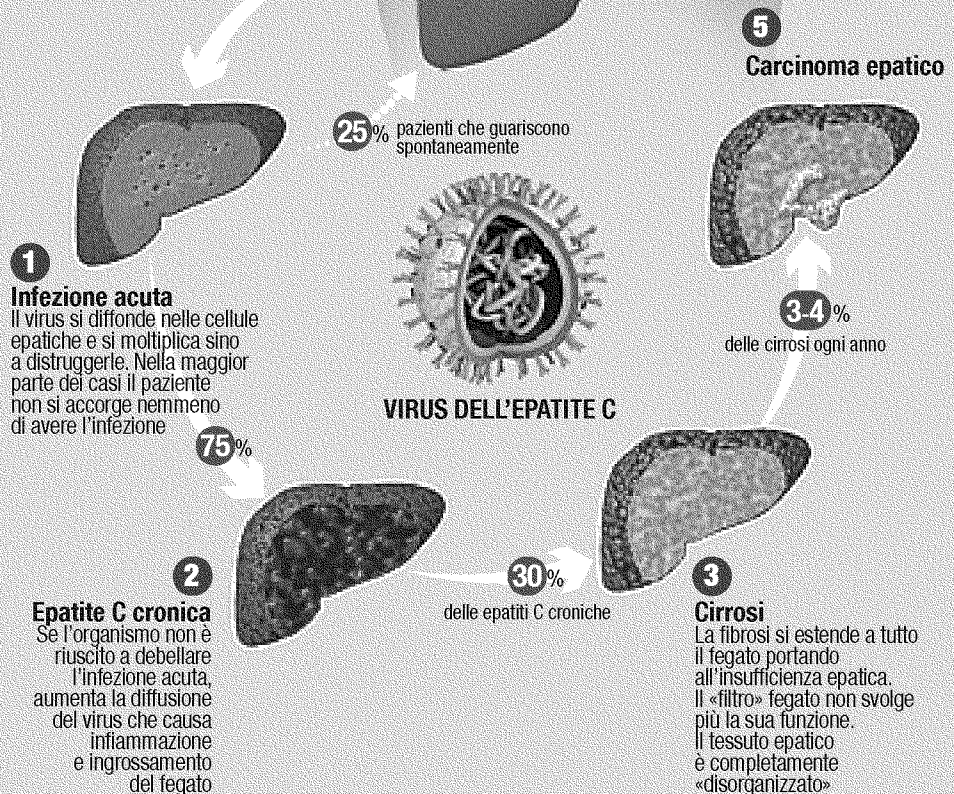
«Ho partecipato a diversi trial con questi nuovi farmaci, con risultati impressionanti. Vedere i pazienti guarire in così breve tempo ci è sembrato un sogno. Per i pazienti di genotipo 1 ormai la terapia è a punto. Negli altri casi i risultati sono per ora minori, ma si stanno studiando nuove associazioni di farmaci. E stanno arrivando anche nuove molecole della stessa classe: è molto probabile che nel giro di un anno le guarigioni di tutti i tipi, senza interferone, saranno oltre il 90%».

**Riccardo Renzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'epatite C è una malattia del fegato causata dal virus Hcv (*Hepatitis C virus*), di cui si conoscono più sottotipi, diversi per caratteristiche e virulenza.

Si tratta di una malattia insidiosa che può arrivare a danneggiare gravemente il fegato



**Il costo** Ogni giorno 730 euro per 12 o 24 settimane

## L'ostacolo del prezzo (ancora altissimo)

**L**a guarigione «non ha prezzo», recita il titolo dell'editoriale di *Hepatology*, la principale rivista scientifica di epatologia. Già, perché il problema è proprio il prezzo. L'antivirale *sofosbuvir* è nato dai laboratori e dai computer di una piccola casa farmaceutica di Princeton, nel New Jersey, che si chiama Pharmasset: nel novembre 2011 questa farmaceutica, che aveva sviluppato importanti molecole per l'Aids, per l'epatite B e appunto il *sofosbuvir* per l'epatite C, è stata acquistata dalla californiana Gilead per l'enorme cifra di 12,5 miliardi di dollari. Non stupisce quindi che il prezzo del farmaco sia piuttosto salato. Negli Stati Uniti la terapia costa 84 mila dollari per 12 settimane di trattamento e il doppio per il genotipo 3, che comporta un ciclo di cure di 24 settimane: il che significa 1000 dollari al giorno tondi tondi, pari a 730 euro. Dopo gli Usa il farmaco è stato approvato in Canada e le procedure di autorizzazione sono iniziate in Australia, Svizzera, Turchia. Dopo l'approvazione dell'Emm, il farmaco è stato autorizzato in Germania al prezzo di 40 mila euro per 12 settimane e questo sarà probabilmente il riferimento per agli Paesi dell'Ue. È chiaro però che il prezzo elevato del farmaco creerà probabilmente problemi tra le autorità sanitarie, i medici e le comunità dei malati. «La spesa è alta, e non entro nel merito» dice Gaetano Ideo —. Ma è giusto ricordare quanto costa un trapianto di fegato o la cura di un tumore epatico, che sono le

### Associazioni

#### L'attesa fiduciosa dei malati

Non si può dire che le associazioni di malati che si occupano di malattie di fegato siano per ora sul piede di guerra, in relazione al problema dei costi dei nuovissimi farmaci. Più che altro si registra una fiduciosa attesa. «Abbiamo buone notizie da comunicare ai malati — dice Nicola Lo Torto, presidente della Fade, Fondazione amici dell'epatologia di Milano, 7mila affiliati —. Sono le migliori notizie dopo l'arrivo del vaccino per l'epatite B. E quindi per ora ci limitiamo con piacere a quello che è uno dei nostri compiti principali: l'informazione. Certo seguiremo con molta attenzione le decisioni che saranno prese riguardo all'accesso a questi farmaci. E se necessario faremo sentire la nostra voce».

possibili conseguenze di un'infezione che ora si può curare bene». «Il problema è l'accesso al mercato di questi farmaci — conferma Massimo Puoti —. Non è ancora chiaro come questo verrà declinato in Europa e soprattutto nei Paesi dove c'è tanta epatite e pochi soldi, come il Pakistan o la Mongolia. In Italia prevedo che ci vorrà almeno un anno di assestamento e nel frattempo, per fortuna, arriveranno anche dei "concorrenti" agli attuali farmaci e questo probabilmente porterà un abbassamento dei prezzi. Certo che nei casi più gravi anche poche settimane possono fare la differenza ed è quindi necessario che i farmaci siano a disposizione dei medici al più presto».

«Non è necessario — dice Ideo — che tutti debbano per forza usare i nuovi farmaci subito. L'epatite C è una malattia cronica, che si sviluppa lentamente, in 30-40 anni. Per un giovane ancora in buona salute un anno o due di attesa non fanno differenza. Senza contare che anche le vecchie terapie (in particolare sul genotipo 2) possono in alcuni soggetti dare buoni risultati. Quando la malattia è avanzata o nei soggetti che già si sono rivelati refrattari alle terapie tradizionali, non si può certo rinunciare a questa nuova opportunità». Ma non sarà facile comunque contenere la pressione di chi si prefigurava lunghi anni di terapie, irte di ostacoli, e si trova improvvisamente di fronte la speranza di una rapida guarigione.

**R. R.**

**Sindromi parziali** Una condizione che riguarda il 3-5% delle teenager

## Anoressia e bulimia vanno seguite anche se non sono proprio quelle «vere»

**S**ebbene la vere anoressia e bulimia siano relativamente rare, durante l'adolescenza possono manifestarsi *sindromi parziali* dei disturbi alimentari, che presentano solo alcuni sintomi di anoressia e bulimia. Tali sindromi sono state studiate dal dottor George Patton sullo stesso campione utilizzato per la ricerca sui disturbi psicologici ansioso-depressivi (vedi sopra); lo studio è stato pubblicato sul *British Journal of Psychiatry*.

«La diffusione delle *sindromi parziali* è attorno al 3-5 per cento delle ragazze adolescenti» dicono gli autori della ricerca. «I primi studi "longitudinali" hanno preso in considerazione la possibilità che le *sindromi parziali* possano svilupparsi diventando disturbi completi, così che potrebbe avere un senso progettare interventi terapeutici precoci. «Finora non si era riusciti a chiarire quale fosse il naturale evolversi di queste sindromi parziali ed è per questo

che il gruppo guidato dal dottor Patton le ha indagate con uno studio osservazionale prospettico, durato undici anni.

«Il nostro studio conferma che le *sindromi parziali* sono comuni durante l'adolescenza — spiegano Patton e i suoi collaboratori —. Circa una ragazza su dieci soddisfaceva i criteri diagnostici per tali condizioni in qualche momento tra i 15 e i 17 anni. Solo una ragazza su sei di quelle con un disturbo alimentare adolescenziale aveva ancora una sindrome parziale da giovane adulta: un risultato coerente con un precedente studio statunitense

”

Finora non si era riusciti a chiarire il naturale evolversi di queste condizioni

secondo il quale la maggioranza di questi disturbi non persiste nell'età giovanile». Le ragazze affette dalle *sindromi parziali* comunque mostrano sintomi ansioso-depressivi con una frequenza almeno doppia rispetto alle altre ragazze, più frequente uso di sostanze e alcol, maggiori probabilità di fumare e di avere rapporti sessuali precoci.

«I segnali che dovrebbero preoccupare sono diversi, e per certi versi speculari nelle ragazze con condotte alimentari restrittive e in quelle con condotte bulimiche — dice il Gabriele Masi, direttore dell'Unità opera-

”

Un elemento cui fare attenzione è l'alterazione dell'immagine corporea

tiva di psichiatria dell'età evolutiva dell'Istituto scientifico Stella Maris di Pisa —. Nelle prime, un elemento di allarme è l'intensità, la persistenza e l'impatto emotivo dell'alterazione dell'immagine corporea, cioè la discrepanza tra come una persona è realmente e come si percepisce. Discrepanza che può riguardare il corpo nel suo complesso, o alcune parti, come cosce, natiche, seno. Tale aspetto è ancora più rilevante se si associa a un disturbo depressivo, o a comportamenti rigidamente ripetitivi e controllanti. Nelle ragazze con tratti bulimici, i segnali di allarme sono quelli indicativi di uno stato di precario autocontrollo, in particolare la frequenza degli episodi di vomito e l'instabilità dell'umore, con fasi di eccitazione, irritabilità, impulsività o aggressività, che spesso rappresentano il sottofondo dell'uso di alcol o sostanze di abuso».

**D. D. D.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA