



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



èVita

Arriva l'«homo cyborg», quante domande

Le continue novità della tecnoscienza, le provocazioni del transumanesimo, le prospettive dell'intelligenza artificiale: domani a Roma il convegno nazionale di Scienza & Vita, aperto da Bassetti di Maurizio Calipari

Sono passati poco più di 60 anni da quando (nel 1957) Julian Huxley, biologo, genetista e scrittore britannico, coniò il termine "transumanesimo". Da allora si sta dipanando la recente storia di questo movimento di pensiero, fortemente caratterizzato da almeno due elementi: un anelito umano al "più", all'"oltre", e una piena (quasi cieca) fiducia nell'uso delle tecnologie come strumento privilegiato per raggiungere tale finalità. L'essere umano – è il pensiero comune ai transumanisti –, nonostante le conquiste e avanzamenti, continua a fare i conti con i propri limiti naturali, primo fra tutti quello finora insuperabile della morte. Ma le sue conquiste tecnologiche, in continuo ed esponenziale aumento, costituiscono un'arma formidabile nelle sue mani per liberarlo definitivamente da questo giogo opprimente, permettendogli quasi di "re-inventare" l'essere umano stesso, elevandolo a un livello biologico ed esistenziale superiore. «Grazie a biotecnologie e ingegneria genetica, nanotecnologie e robotica, intelligenza artificiale e neuroscienze, spezzaremo i nostri vincoli biologico-evoluzionistici emancipandoci da invecchiamento, malattia, sofferenza, povertà e ignoranza», recita l'articolo 1 della Carta dei principi dei Transumanisti italiani. Una prospettiva – ma solo a tratti – persino affascinante, che al tempo stesso però è chiamata a chiarire limpidamente i suoi presupposti e, ancor di più, le sue possibili conseguenze concrete per il genere umano. Sono infatti numerosi gli inquietanti e irrinunciabili interrogativi che reclamano risposta, legati alle varie dimensioni dell'attuazione pratica di una prospettiva transumanista, nelle nostre società contemporanee. Quale sarà l'evoluzione del genere umano? Ci attende un futuro da "cyborg", a metà tra uomo e

macchina? L'intelligenza artificiale potrà evolvere fino ad "auto-umanizzarsi"? Potremo giungere a cambiare la nostra natura biologica attraverso un uso spregiudicato delle tecniche di *genetic engineering*? I robot saranno i nostri nuovi compagni di viaggio, soprattutto nella malattia e nell'età anziana?

E al fondo di tutto ciò, un'ineludibile quanto sottaciuta questione antropologica: quale visione della persona umana e della sua dignità dovrebbe orientare questo percorso come punto di riferimento valoriale ed etico?

Di fronte a questi e altri interrogativi connessi, che con tutta evidenza stanno segnando la nostra epoca e prefigurando l'immediato futuro, l'Associazione Scienza & Vita ha voluto aprire una finestra di approfondita riflessione pubblica, organizzando un convegno dal titolo «l'omo cyborg. Il futuro dell'uomo, tra tecnoscienza, intelligenza artificiale e nuovo umanesimo» domani dalle 9.45 al Centro Congressi in via Aurelia 796 a Roma. L'articolato programma prevede, nella mattina, un'introduzione ai lavori del cardinale Gualtiero Bassetti, presidente della Cei. Seguirà una sessione con tre relazioni centrata sull'indagine degli elementi più teorici del movimento di pensiero transumanista e sui necessari rilievi critici a esso. Il pomeriggio, invece, affronterà il tema con uno sguardo pratico-applicativo, declinato nelle varie discipline coinvolte (intelligenza artificiale, robotica, genetica, neuroscienze...), che si confronteranno in una coinvolgente tavola rotonda con la partecipazione di qualificati esperti impegnati sul campo. Concluderà il convegno una parentesi di "tecnologia solidale", in cui verrà presentata l'esperienza dell'associazione Cuore digitale.

portavoce nazionale Scienza & Vita

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo studio su «Nature»

Scoperto il «regista» dell'embrione umano

Come mai da quelle 4-8-16 cellule (indifferenziate) dell'embrione hanno poi origine tutti i tessuti e gli organi di un corpo umano? Una risposta sta in uno studio pubblicato su «Nature» da Ali Brivanlou della Rockefeller University di New York: esiste una «regia» governata da un «pool» di proteine «che indirizzano le cellule primordiali a formare i vari organi» specifica Giuseppe Novelli, Università Tor Vergata di Roma. Obiettivo della ricerca? Capire soprattutto malattie del sistema nervoso come Parkinson e Alzheimer.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SOLIDARIETÀ E PREVENZIONE

Sclerosi multipla Ogni tre ore un nuovo malato

*L'età più a rischio fra
i 20 e 40 anni, le vittime
sono soprattutto donne*

LE INIZIATIVE

Un'associazione in prima linea da mezzo secolo



Conferenze su farmaci e ricerca, eventi e corse benefiche, raccolta di fondi. L'Associazione Sclerosi multipla celebra così il suo 50esimo anno di attività. E lancia l'iniziativa dell'sms solidale. Al numero 45512 è possibile donare 2 euro dal cellulare, 5 o 10 euro da rete fissa. Non solo, l'associazione ha organizzato, per sabato 26 e domenica 27 maggio, una vendita speciale di piante aromatiche nelle piazze italiane. Il clou della settimana sarà il 30 maggio, quando l'Italia, in occasione della giornata mondiale dedicata alla sclerosi, presenterà il Barometro 2018, un rapporto con gli ultimi dati sui pazienti, i trattamenti, i centri e le questioni da risolvere, tra cui il mantenimento del posto di lavoro per i malati.

Maria Sorbi

Fino a una decina di anni fa ricevere la diagnosi di sclerosi multipla equivaleva a rassegnarsi a una vita da disabile, tra sofferenze e impedimenti fisici. Oggi non è più così, o almeno, lo è in misura minore. I farmaci sono più intelligenti ed evoluti e i malati di sclerosi, 118mila in Italia, riescono a tenere sotto controllo gli attacchi e, tutto sommato, a convivere con la malattia cronica che colpisce cervello e midollo spinale, ossia il sistema nervoso centrale. Diventano padri e madri, lavorano, viaggiano, si muovono. I trattamenti sono personalizzati in base all'età e allo stadio della malattia e così anche gli effetti collaterali sono più contenuti. Insomma, la ricerca ha fatto passi da gigante dai

tempi in cui le terapie si limitavano all'uso dell'interferone, le case farmaceutiche hanno investito e la rete di assistenza ai malati ha funzionato in maniera sempre più oliata. Ruolo chiave nella gestione del meccanismo è l'associazione Sclerosi multipla, in pista da ben 50 anni per raccogliere fondi da destinare ai laboratori, sostenere i malati nel loro percorso, incoraggiare le diagnosi precoci (fondamentali per tenere a bada la malattia neurologica), sensibilizzare sulla patologia che, in base ai dati del Barometro sulla sclerosi multipla 2018, porta a un nuovo caso ogni tre ore, in particolare modo tra i 20 e i 40 anni e soprattutto tra le donne, che si ammala due volte più degli uomini.

Il lavoro da fare è ancora tantissimo. A cominciare dal po-

ter garantire gli stessi diritti di cura a tutti, a prescindere dalla regione in cui abitano. Ancora oggi, solo nove regioni hanno preso in carico i pazienti con Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, sei stanno per farlo. Altro problema da risolvere è intercettare quel 30% di malati che non si curano, pensando che la malattia sia sparita con la scomparsa dei sintomi.

«Abbiamo iniziato la mappatura sulla sclerosi tre anni fa», spiega Mario Alberto Battaglia, presidente della fondazione italiana Sclerosi multipla - e il nostro barometro fotografa un'autentica emergenza sanitaria e sociale». Il costo medio per un malato di sclerosi si aggira sui 45mila euro all'anno e il 17% delle persone ha bisogno di assistenza tutti i giorni spendendo almeno 614 euro al mese.

COSA SUCCEDDE

La sclerosi è caratterizzata da una progressiva degenerazione della mielina, una sostanza grassa che riveste le fibre nervose che permettono il transito dei segnali dal sistema nervoso centrale agli organi ed ai muscoli del corpo. Una trasmissione bloccata o fortemente rallentata si manifesta sotto forma di sintomi che colpiscono la destinazione del segnale nervoso: se per esempio ad essere interessata è la mielina del nervo ottico, a risentirne sarà la vista. Disturbi visivi a parte, tra i sintomi più comuni ci sono debolezza muscolare, problemi con il coordinamento e l'equilibrio, sensazioni come intorpidimento e formicolio, disturbi di concentrazione e memoria. La zona in cui la mielina è stata danneggiata viene definita placca. Tuttavia se la malattia viene presa per tempo e affrontata con le cure giuste, nel 70% dei casi annulla o riduce al minimo i sintomi. Nonostante il meccanismo di danno del sistema nervoso sia ormai piuttosto ben conosciuto, rimangono ancora poco chiare le cause che scatenano il sistema immunitario, anche se si ipotizza un'associazione di più fattori (genetici e ambientali).

I FATTORI DI RISCHIO

Tra i fattori di rischio ci sono l'età, il sesso (le più colpite sono le donne) e la familiarità. Ben inteso, la malattia non è ereditaria, ma i pazienti con parenti diretti che ne soffrono corrono a loro volta un rischio leggermente superiore rispetto alla popolazione generale. Ad aumentare la possibilità sono anche la carenza di vitamina D e la poca esposizione solare, tanto che la malattia è molto diffusa nei paesi del Nord Europa. Il fumo raddoppia il rischio di sviluppare la malattia e si ipotizza che alcune infezioni virali, come la mononucleosi, possano favorirne la comparsa.



CIRCOLARE DEL MIPAAF

**Cannabis
 in libera
 coltivazione
 Vendita facile**

— Chiarello a pag. 32 —

Circolare delle Politiche agricole avvia la filiera della canapa. THC tollerato fino allo 0,6%

Cannabis in libera coltivazione
Non servono permessi per la Sativa. Neanche per venderla

DI LUIGI CHIARELLO

Via libera alla promozione della coltivazione di Cannabis Sativa, ma anche alla creazione di una più strutturata filiera agroindustriale della stessa canapa. Coltivazione che viene liberamente consentita, senza bisogno di alcuna autorizzazione. Come non necessita di alcuna autorizzazione la vendita delle piante a scopo ornamentale. Placet che, invece, viene richiesto per coltivare canapa ad alto contenuto di Delta-9-tetraidrocannabinolo e Delta-8-trans-tetraidrocannabinolo (il cosiddetto THIC), per gli esclusivi usi consentiti dalla legge. Il limite di THC imposto per l'esercizio della libera coltivazione oggi è pari allo 0,2% della canapa greggia. Ma viene introdotta una soglia di tolleranza dello 0,6%: fino al raggiungimento di questa soglia l'agricoltore non rischierà nulla, ma se questo limite nelle piante coltivate dovesse essere superato, le coltivazioni saranno distrutte per ordine dell'autorità giudiziaria.

È quanto prevede una circolare del ministero delle Politiche agricole, il cui obiettivo è chiarire la portata e le regole di attuazione dalla legge n. 242/2016, recante disposizioni in materia di promozione della canapa: legge entrata in vigore il 14 gennaio 2017. La circolare, dunque ribadisce per la Cannabis sativa è liberamente coltivabile. Di più, interviene anche sul delicato tema delle infiorescenze. E precisa che queste, pur non essendo espressamente citate dalla legge n. 242/2016 né tra le finalità della coltura né tra i suoi possibili usi, rientrano nell'ambito delle coltivazioni destinate al floro-

vivaismo, purché tali prodotti derivino da una delle varietà ammesse, iscritte nel Catalogo comune delle varietà delle specie di piante agricole, il cui contenuto complessivo di THC della coltivazione non superi i livelli stabiliti dalla normativa. E sempre che il prodotto non contenga sostanze dichiarate dannose per la salute dalle Istituzioni competenti.

I contenuti della legge. La normativa di riferimento, a cui si riferisce la circolare riguarda cinque ambiti:

- a) la disciplina della coltivazione e della trasformazione;
- b) l'incentivazione dell'impiego e del consumo finale di semilavorati di canapa provenienti da filiere prioritariamente locali;
- c) lo sviluppo di filiere territoriali integrate che valorizzano i risultati della ricerca e perseguono l'integrazione locale e la reale sostenibilità economica e ambientale;
- d) la produzione di alimenti, cosmetici, materie prime biodegradabili e semilavorati innovativi per le industrie di diversi settori;
- e) la realizzazione di opere di bioingegneria, bonifica dei terreni, attività didattiche e di ricerca.

I limiti al THC. Il provvedimento disciplina, poi, la coltivazione di Cannabis sativa nel comparto florovivaistico. E precisa sei punti ineludibili:

- viene consentita la riproduzione di piante di canapa solo se da seme certificato;
- non viene contemplata la riproduzione per via agamica di materiale destinato alla produzione per successiva commercializzazione di prodotti da essa derivati;
- in base a quanto disposto

dall'articolo 3, della legge n. 242 del 2016, il vivaista deve conservare il cartellino della semente certificata e la relativa documentazione di acquisto, per un periodo non inferiore a 12 mesi, e, in ogni caso, per tutta la durata della permanenza della semente stessa presso l'azienda vivaistica di produzione;

- la vendita delle piante a scopo ornamentale viene consentita senza alcuna autorizzazione;

- l'attività vivaistica viene, inoltre, regolamentata dagli articoli 19 e 20 del dlgs 214/2005, in attuazione della direttiva 2000/29/Ce concernente le misure di protezione contro l'introduzione e la diffusione nella comunità di organismi nocivi ai vegetali o ai prodotti vegetali;

- infine la circolare ricorda che le importazioni a fini commerciali di piante di canapa da altri paesi non rientrano nell'ambito di applicazione della legge n. 242 del 2016. E, in ogni caso, spiega il Mipaaf in una nota, «devono rispettare la normativa dell'Ue e nazionale vigente in materia».

mento delle Politiche agricole richiama anche i parametri da rispettare ai fini della coltivazione. E fa esplicito riferimento al tasso di THIC sotto cui è ammessa la libera coltivazione: il limite resta lo 0,2%

della canapa greggia, come del resto prescritto dal provvedimento europeo di riferimento. Che è il regolamento delegato n. 1155 del 2017 della commissione europea, datato 15 febbraio 2017. Ma c'è di più: qualora, all'esito dei controlli, il contenuto complessivo di THC delle piante coltivate risulti superiore allo 0,2%, ma entro il limite dello 0,6%, nessuna responsabilità sarà posta a carico dell'agricoltore. Al contrario, se dagli accertamenti dovesse emergere che il contenuto di THC è superiore al limite dello 0,6%, l'autorità giudiziaria potrà disporre il sequestro o la distruzione delle coltivazioni di canapa.

Il Rummo, la circolare

Carenza di anestesisti, dal 7 giugno solo interventi d'urgenza

Dal 7 giugno, qualora non dovessero essere reclutate nuove unità mediche per la branca di anestesia, le sale operatorie per gli interventi d'elezione resteranno chiuse, benché si continuerà a garantire comunque le urgenze. È quanto stabilisce la circolare interna inviata, ai direttori delle unità chirurgiche e al direttore di dipartimento, Pasquale Ferro, dal direttore dell'unità operativa di Anestesia e Rianimazione dell'ospedale Rummo, Elvio De Blasio. La condizione di grave carenza di anestesisti, esacerbata da metà dicembre 2017, ma ormai in atto da circa un anno, rischia di mettere in serio pericolo i servizi erogati dall'azienda ospedaliera, perché i pazienti in attesa di intervento sono molti e tra loro ci sono anche quei pazienti che hanno bisogno di risposte più immediate.

Intanto, nel mese di aprile è stato ufficializzato dalla Regione il bando di concorso per il reclutamento di medici anestesisti, messo in atto dalla direzione strategica per direttissima nel mese di marzo, in seguito a un'altra richiesta del primario di Anestesia e Rianimazione, di mettere in atto tutte le strategie necessarie a risolvere la grave carenza di medici di bran-



Nosocomio Stop alle operazioni

ca, che aveva determinato il rallentamento delle chirurgie d'elezione del Rummo e la sospensione di quelle del Sant'Alfonso. Proprio in quel frangente era stato ufficializzato l'esito negativo, sia dello scorrimento della graduatoria del precedente concorso per titoli ed esami, che della convenzione con l'Asl di Salerno, che avrebbe potuto essere di aiuto, perché aveva dato al Rummo la possibilità di attingere direttamente dalla graduatoria concorsuale, per l'assunzione di personale medico, che invece non ha mostrato interesse per l'offerta. Il 12 maggio, la direzione generale Tutela della Salute della Regione, in via straordinaria, in anticipazione sulla quantità di dipendenti che ha interrotto o interrom-

perà, per quiescenza o per dimissioni, il proprio rapporto di lavoro con il Rummo, nell'arco del 2018, consentirà l'assunzione di 36 figure professionali, tra cui rientrano 22 anestesisti da suddividere in ugual modo tra l'azienda ospedaliera e il Sant'Alfonso Maria dei Liguri. Tuttavia, per riuscire a risolvere la questione riguardante la carenza di anestesisti, necessitano tempi abbastanza lunghi, in attesa dei quali, non sarà facile garantire il ripristino della normale attività delle sale operatorie. Quindi, nel frattempo bisognerà comunque trovare soluzioni temporanee e alternative per sciogliere questi nodi urgenti, che vengono da lontano, perché, per molti anni, ma comunque per motivi contingenti, legati soprattutto al commissariamento e alla razionalizzazione della spesa sanitaria, non è stata effettuata una programmazione adeguata che consentisse di reintegrare il personale in quiescenza.

Fino a un certo punto si è riusciti a mantenere un equilibrio, seppure precario, ma allo stato attuale sembrerebbe che i nodi stiano venendo al pettine, tutti nello stesso momento e in modo urgente e improcrastinabile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità, l'allarme

Impianti sabotati, fuga dal pronto soccorso

Paura all'ospedale di Aversa. Gas e polveri, aria irrespirabile: malori tra pazienti e familiari

Marilù Musto

«Volevo chiamare i carabinieri perché mia madre, malata, è stata fatta accomodare dagli infermieri su una sedia a rotelle e le avevano detto che doveva restare lì tutta la notte, poi mi ha catturato l'istinto di tossire. Prima poco alla volta, poi di più. A ogni secondo tossivo. Lo ha fatto anche un malato seduto accanto a me e in poche ore la sala del Triage del pronto soccorso è stata inondata da un odore acre che ha portato tutti a tossire disperatamente. La polizia è arrivata lo stesso in ospedale, ma perché si è rotto un tubo dell'aria condizionata che ha rilasciato una sostanza chimica nella stanza». È questa la prima testimonianza di un familiare di un paziente che ha trascorso la notte al nuovo pronto soccorso dell'ospedale «San Giuseppe Moscati» di Aversa. La sostanza che ha intossicato i presenti nella sala d'attesa è comunemente chiamata «freon», un composto chimico derivante dal metano e dall'etano. Per rendere l'idea, alcuni composti di clorofluorocarburi come il freon, sono responsabili del «buco nell'ozono».

Ma dietro la rottura del tubo dell'areazione - che ha fatto fuoriuscire la sostanza - ci sarebbe la mano dell'uomo. Si fa strada l'ipotesi di un attentato, uno sfregio calcolato che nasconde una strategia probabilmente pianificata. Il tubo rotto si trova nella controsoffitta del reparto, non è visibile, ma probabilmente è raggiungibile da chi ha accesso a una stanza in particolare. Stanza che ora dovrà subire un'ispezione accurata.

Il caso
Il giallo
del guasto
alle
condotte
Ad aprile
l'incendio
sospetto

renti lo sanno bene.

Il reparto del «Moscati», ieri notte, è stato evacuato e i pazienti, alcuni con l'ossigeno e flebo, sono stati posizionati nel piazzale d'ingresso del reparto. «Hanno continuato le loro terapie, non c'è stato un blocco del lavoro», hanno rassicurato dalla direzione del «Moscati». Gli anziani sono stati coperti e messi al sicuro. I medici hanno fatto il possibile per mantenere

la calma. Il tutto, fra confusione, emergenza su emergenza e la polizia che è giunta in ospedale a sirene illuminate. Nel giro di pochi minuti, la fuga della sostanza chimica ha gettato i pazienti nel panico.

Sul luogo, anche i vigili del fuoco del distaccamento di Aversa. L'ipotesi è che si sia trattata di una manomissione dolosa del sistema di ventilazione. Sul caso, la procura di Napoli nord ad Aversa aprirà d'urgenza un fascicolo d'indagine. Pochi i tasselli da ricostruire, ma alcuni sono essenziali. Solo il 25 aprile scorso c'è stato un altro attentato sempre nelle sale a ridosso del Pronto Soccorso. Residui di plastica sono stati dati alle fiamme in un'aiuola tra il laboratorio di analisi, il vecchio e il nuovo pronto soccorso. Il fumo denso di plastica bruciata era giunto fino ai reparti, gettando scompiglio fra utenti e lavoratori. Pezzi di puzzle che ricompongono il quadro e lasciano intravedere un movente.

Tutto ciò è accaduto, infatti,

La paura | pazienti accomodati in cortile
Sotto, la direttrice Angela Maffeo



in un presidio che lamenta di continuo carenza di personale, emergenza nella gestione dei pazienti. Sullo sfondo, i sindacati che sventolano lo spettro della mobilitazione se non vengono rispettati i diritti di chi ha vari permessi dal lavoro. E i pazienti? Restano per ore su sedie e barelle in attesa di una cura. Da qualche tempo i vertici dell'ospedale sono cambiati e a qualcuno, probabilmente, tutto questo non fa piacere.

Intanto, il guasto alla tubatura è stato riparato. «C'è stato un quarto d'ora di panico, ma poi l'emergenza è rientrata», fanno sapere gli addetti all'assistenza al Pronto Soccorso. Un reparto, quest'ultimo, che fatica a trovare personale che vuole restare. Perché la prestazione è continua e gli accessi sono tanti. Si pensa che - in media - nella sola mattina si registrano circa 200 ingressi di pazienti provenienti dall'agro aversano e dalla cintura napoletana che confina con il casertano.



La testimonianza

Ad ogni secondo tossivo

«Tossiva anche un malato seduto accanto a me e in poco tempo la sala Triage del Pronto Soccorso è stata invasa da un odore acre e insopportabile»



Incidente doloso

secondo le prime indagini

Dietro la rottura del tubo ci sarebbe la mano dell'uomo: si fa strada l'ipotesi di un attentato da parte di qualcuno che aveva accesso ad una stanza particolare, da cui si raggiunge il condotto



Si chiama Freon

il gas responsabile dei malori

La sostanza che intossicò i pazienti nella sala d'aspetto del Pronto Soccorso è un composto chimico derivante dal metano e dall'etano. È uno dei gas a cui si deve il buco nell'ozono.



I soccorsi

Nessun blocco delle terapie

È stata immediata la mobilitazione del personale: i malati, alcuni con ossigeno e flebo, sono stati posizionati all'ingresso del reparto. I più deboli, coperti e messi al sicuro

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Terapia del dolore, A 8 anni dalla Legge 38 il setting assistenziale resta ancora critico nella maggior parte delle regioni

panoramasanita.it/2018/05/24/terapia-del-dolore-a-8-anni-dalla-legge-38-il-setting-assistenziale-resta-ancora-critico-nella-maggior-parte-delle-regioni/



0
0
0
0
0

Presentata la XVII Giornata nazionale del sollievo, in calendario domenica 27 maggio.

Il tema della lotta a dolore accanto al sostegno «continuo nei confronti della ricerca medico scientifica, devono restare al centro dell'agenda politica e civile dell'Italia». Lo ha detto il presidente del Consiglio, Paolo Gentiloni, nel messaggio inviato alla presentazione, ieri a Roma nella sede delle Regioni, della XVII Giornata nazionale del sollievo, in calendario domenica 27 maggio. Un appuntamento promosso dal ministero della Salute, dalla Conferenza delle Regioni e dalla Fondazione Gigi Ghirotti. La Giornata Nazionale del Sollievo, è stata istituita nel 2001, con direttiva del presidente del Consiglio dei ministri su proposta del prof. Umberto Veronesi, da un'idea della Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti, per "promuovere la cultura del sollievo dalla sofferenza fisica e morale in favore di tutti coloro che stanno ultimando il loro percorso vitale". Come ogni anno, la Giornata del Sollievo offre l'occasione di fare il punto sull'applicazione della Legge 38/2010, legge che pone l'Italia ai primi posti in Europa per aver sancito il diritto a tutti i cittadini a poter ricevere assistenza per cure palliative e terapia del dolore. La Fondazione nazionale Gigi Ghirotti ha istituito un Osservatorio volontario di monitoraggio delle cure palliative e della terapia del dolore coordinato dall'ex ministro Livia Turco, con lo stesso obiettivo dell'Osservatorio ministeriale ma con un punto di vista diverso: dar voce ai cittadini affetti da dolore acuto o cronico o che accedono alle cure palliative, per contribuire al miglioramento dell'accessibilità e della soddisfazione di chi fruisce delle terapie. "Gli esiti delle rilevazioni condotte fino ad ora" sottolinea la Fondazione Gigi Ghirotti "hanno mostrato che la Legge 38 è ancora oggi poco nota: il 63% dei cittadini intervistati non la conosce, due italiani su tre. Tra le persone che dichiarano di essere affette da dolore cronico, il 45% vive da più di 6 mesi senza trovare soluzione al problema. Un dato reso ancora più drammatico dal fatto che il 17% degli intervistati non trova rimedi efficaci per oltre 5 anni. L'analisi dell'Osservatorio offre però un dato positivo: le persone che hanno avuto accesso ai centri di terapia del dolore e agli hospice ne sottolineano la dote di qualità umana e professionale. A otto anni il setting assistenziale resta ancora critico nella maggior parte delle regioni, con evidenti disomogeneità regionali e tra i diversi territori di una stessa regione. La sanità è ancora a macchia di leopardo: solo in alcuni luoghi si assiste a un servizio avanzato ed

24/5/2018

Terapia del dolore, A 8 anni dalla Legge 38 il setting assistenziale resta ancora critico nella maggior parte delle regioni

ancora poca attenzione alla registrazione del dolore e del relativo trattamento. Ad oggi, troppe persone e famiglie" aggiunge la Fondazione "vivono nella solitudine della 'inguaribilità'. La lotta al dolore deve continuare ad essere una priorità nell'agenda politica. Occorre impegnarsi affinché nessuno resti solo di fronte alla malattia". «Le Cure palliative sono certamente un'esigenza del paziente, ma rappresentano anche una opportunità ed una sfida per il servizio sanitario», lo ha dichiarato Antonio Saitta della Conferenza Regioni. «E forse proprio questo duplice aspetto può sintetizzare quell'azione corale che stiamo portando avanti per la Giornata nazionale del sollievo. Un'azione che trova una risposta puntuale con l'organizzazione di manifestazioni – tutt'altro che celebrative, anzi molto puntuali e pragmatiche – nelle Regioni italiane. La segreteria della Conferenza delle Regioni ha censito quest'anno 151 iniziative (16 in più rispetto allo scorso anno) in 16 Regioni. Consideriamolo il regalo del territorio, il riconoscimento delle Regioni e del servizio sanitario" ad un impegno di sistema che è fondamentale, quello della lotta al dolore, che certamente – ha concluso Saitta – meriterebbe ancora più valorizzazione, sforzi ed informazioni». La segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha raccolto le principali manifestazioni sul territorio in un **dossier** che contiene la descrizione e le coordinate degli eventi, promossi e organizzati nelle Regioni, che hanno l'obiettivo di promuovere la lotta al dolore e la conoscenza delle cure palliative. Sono state coinvolti il mondo delle professioni, medici, psicologi, infermieri, la società civile e il terzo settore: scuole, società sportive, associazioni culturali e di volontariato. Infine, queste le richieste della Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti alle Istituzioni: 1. velocizzare il processo di organizzazione delle reti di terapia del dolore e di cure palliative, con particolare attenzione ai pazienti pediatrici e anziani, su tutto il territorio nazionale, così come previsto dalla Legge 38; 2. investire nella formazione e nell'umanizzazione dei professionisti sanitari sin dagli studi universitari e di specializzazione; 3. fare applicare quanto disposto dalla richiamata normativa in merito all'obbligatorietà della rilevazione ed alla cura del dolore e promuovere l'uso dei farmaci idonei al controllo del dolore; 4. valorizzare il ruolo del caregiver familiare; 5. istituzione di nuovi percorsi informativi rivolti verso i cittadini sull'esistenza della legge 38, sulle reti di cure palliative e di terapia del dolore. Per la XVII edizione sono previste centinaia di iniziative ed eventi in tutta Italia: incontri pubblici di sensibilizzazione e informazione in gran parte censiti su www.fondazioneghirotti.it; affissione di locandine nelle farmacie per iniziativa di Federfarma; visite gratuite in ambulatori di terapia del dolore; stand di associazioni di volontariato nelle piazze, convegni e corsi di formazione per operatori sanitari; spettacoli in ospedali, animati gratuitamente da personaggi dello spettacolo e dagli stessi operatori sanitari; attribuzione di riconoscimenti a strutture sanitarie distinte nella umanizzazione delle cure come il concorso "Un ospedale con più sollievo". L'evento più rappresentativo a livello nazionale, si svolgerà domenica 27 maggio al Policlinico universitario Agostino Gemelli, condotto dalla giornalista Paola Saluzzi al quale intervengono personaggi dello spettacolo che faranno visita ai pazienti ricoverati. Durante la manifestazione Carlotta Mantovan consegnerà il riconoscimento "L'arte del Sollievo" intitolata a Fabrizio Frizzi, recentemente scomparso, premio istituito dalla Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti. Una rosa sarà donata da Confagricoltura Liguria e la Onlus "Senior-L'età della Saggezza" per portare sollievo a chi è ricoverato.

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Tagli a cure fuori Regione, Fnomceo: «Stato strabico quello che vuole universalismo ma aumenta disuguaglianze di Salute»

panoramasanita.it/2018/05/24/tagli-a-cure-fuori-regione-fnomceo-stato-strabico-quello-che-vuole-universalismo-ma-aumenta-disuguaglianze-di-salute/



0
0
0
0
0

«La proposta della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, che ha annunciato un piano di ridimensionamento nel rimborso delle cure fuori Regione, va in contraddizione totale con il programma di Governo. È uno Stato strabico quello che, da una parte, a livello centrale, ribadisce l'universalità delle cure, l'equità negli accessi e l'uniformità dei Livelli Essenziali di Assistenza, aumentando i finanziamenti, e, dall'altra, a livello regionale, sterza in direzione nettamente opposta». Così il presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli, si unisce al coro di proteste che, da Cittadinanzattiva alla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, si è sollevato alla notizia dei 'tagli', voluti dalle Regioni, alle cure 'fuori sede' a carico del Servizio Sanitario Nazionale. «Se messa in atto, questa proposta non farà che aumentare le disuguaglianze di salute, esasperando i cittadini. Sono stati rilanciati proprio oggi i dati Istat sul divario tra Nord e Sud sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, che evidenziano come il 64% dei posti letto sia concentrato al Nord, mentre il Sud deve accontentarsi del 10,4%. E se l'assistenza territoriale è carente – ha evidenziato ancora ieri il Forum disuguaglianze e diversità, che riunisce otto associazioni di cittadinanza attiva, presentando un seminario sulle 'periferie' del paese, quelle definite come 'aree interne' – aumenta anche il tasso di ospedalizzazione evitabile. Altri dati di oggi, poi, quelli di una ricerca condotta dal Simeu, dimostrano che la metà delle aggressioni contro i professionisti della sanità avvengono nei pronto soccorso in condizioni di sovraffollamento. È quindi un cane che si morde la coda: le Regioni dove la Sanità è più efficiente e accessibile sono destinate a migliorare, le altre al collasso» continua Anelli. «Noi medici siamo con i cittadini e con i sindacati a sostegno di questa battaglia per la riduzione delle disuguaglianze, nel rispetto dell'articolo 3 della Costituzione, dell'articolo 32 sulla tutela della salute, dei principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale e dei precetti del Codice Deontologico, secondo il quale il medico ha il dovere di prestare la migliore assistenza senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera – afferma ancora. Al nuovo Governo assicuriamo la nostra collaborazione fattiva a supporto del programma, per il mantenimento e l'implementazione dell'universalità su base solidaristica del Servizio sanitario Nazionale – conclude Anelli -. Ci aspetteremmo che anche le Regioni si unissero a noi e diventassero protagoniste dell'attuazione dell'Articolo 3 per cittadini con pari dignità sociale e uguali davanti alla legge, anche e soprattutto per chi non può permettersi di pagare la carta di credito».

www.albatrosassegna.com - Ritaglio di stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Presidi residenziali: Forti squilibri territoriali nell'offerta di posti letto

panoramasanita.it/2018/05/23/presidi-residenziali-forti-squilibri-territoriali-nellofferta-di-posti-letto/



2
0
0
0
0

L'offerta residenziale: circa 390 mila i posti letto

disponibili. Oltre otto mila le unità di servizio che svolgono

funzioni di tipo socio-sanitario. Tre ospiti su quattro sono ultrasessantacinquenni. Uomini con disabilità o patologie psichiatriche i più numerosi tra gli ospiti adulti. La fotografia sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari dell'Istat.

Al 31 dicembre 2015 sono 12.828 i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia; essi dispongono complessivamente di 390.689 posti letto (6,4 ogni 1.000 persone residenti). L'offerta, con oltre due terzi dei posti letto complessivi (75,2%), è costituita prevalentemente da "unità di servizio" che erogano prestazioni di tipo socio-sanitario. È quanto rileva l'Istat con il report "I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari" pubblicato oggi. "Rilevanti – evidenzia l'Istat – sono gli squilibri territoriali: l'offerta raggiunge i più alti livelli nelle regioni del Nord, dove si concentra il 64% dei posti letto (9,1 ogni 1.000 residenti) e tocca i valori minimi nel Mezzogiorno, con il 10,4% (soltanto 2,9 posti letto ogni 1.000 residenti). Le regioni del Nord dispongono anche della quota più alta di posti letto a carattere socio-sanitario, con 7,6 posti letto ogni 1.000 residenti, contro un valore di 1,9 nelle regioni del Sud. Nei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari sono assistite 382.634 persone: quasi 288 mila (75,2%) hanno almeno 65 anni, oltre 73 mila (19,3%) un'età compresa tra i 18 e i 64 anni, e poco più di 21 mila (5,5%) sono giovani con meno di 18 anni. Gli ospiti anziani non autosufficienti sono oltre 218 mila. Tra gli anziani più della metà sono ultra ottantacinquenni e in tre casi su quattro sono donne. La gestione dei presidi residenziali è affidata prevalentemente a organismi di natura privata (70% dei casi), soprattutto di tipo non profit (48%); il 13% delle residenze è gestita da enti di natura religiosa; al settore pubblico spetta la gestione di circa il 16% dei presidi".

Oltre otto mila le unità di servizio che svolgono funzioni di tipo socio-sanitario

La maggior parte dell'offerta residenziale è di tipo socio-sanitario. Le "unità di servizio" che erogano assistenza socio-sanitaria sono 8.524 per un ammontare di oltre 293 mila posti letto (il 75,2% dei posti letto complessivi). Gran parte dell'offerta socio-sanitaria fornisce un livello di assistenza sanitaria medio-alto, erogando trattamenti medico-sanitari estensivi o intensivi di lungo periodo a pazienti in condizioni di non autosufficienza. Le unità socio-sanitarie assistono prevalentemente utenti anziani (autosufficienti e non autosufficienti) destinando a questa

24/5/2018

Presidi residenziali: Forti squilibri territoriali nell'offerta di posti letto

parte residuale dell'offerta (4%) si divide tra le altre tipologie di ospiti (persone affette da patologie psichiatriche, persone con dipendenze patologiche, minori, immigrati/stranieri e multiutenza).

Forti squilibri territoriali nell'offerta di posti letto

La disponibilità di offerta più alta si riscontra nel Nord con 9,1 posti letto ogni 1.000 residenti. L'offerta decresce nelle altre ripartizioni e tocca i valori minimi nel Sud del Paese, con il 10% dei posti letto (meno di tre posti letto ogni 1.000 residenti). I valori minimi si registrano in Campania con 1,7 posti letto per 1.000 abitanti. Basilicata e Molise, spiccano tra le regioni del Sud registrando tassi superiori a cinque posti letto ogni 1.000 residenti (rispettivamente di 5,8 e 5,5, posti letto ogni 1.000 residenti). Le regioni del Nord presentano la più alta disponibilità di posti letto a carattere socio-sanitario, con 7,5 posti letto ogni 1.000 residenti, contro un valore inferiore a 2 nelle regioni del Sud. La distribuzione territoriale di posti letto dedicati alle funzioni di tipo socio-assistenziale segue, invece, un andamento più omogeneo e si assesta su valori molto più bassi in tutte le ripartizioni territoriali, ad eccezione delle Isole, dove l'offerta residenziale assistenziale equivale a quella sanitaria. Il divario tra le regioni si riscontra anche in relazione alla tipologia di utenza assistita. La maggiore concentrazione di posti letto destinata ad anziani si registra al Nord, con tassi di circa 30 ogni 1.000 residenti di pari età (di cui 25 in condizione di non autosufficienza), mentre nelle altre ripartizioni la quota di posti letto destinata a utenti con più di 64 anni risulta molto inferiore e raggiunge il suo valore minimo al Sud con meno di 9 posti letto ogni 1.000 residenti.

Tra gli ospiti anziani 218 mila sono non autosufficienti

In Italia, circa 21 anziani su 1.000 sono ospiti delle strutture residenziali socio-assistenziali e sociosanitarie e circa 16 ogni 1.000 anziani residenti sono in condizione di non autosufficienza. Tra gli ospiti anziani prevalgono le donne, circa il 74% dell'intero collettivo. Su 1.000 donne residenti con oltre 64 anni, 28 sono ospitate nei presidi, mentre tra gli uomini il rapporto scende a 13 ogni 1.000. Sale di poco (75%) la quota delle donne tra gli ospiti non autosufficienti. La distribuzione degli ospiti anziani sul territorio è in linea con il quadro di offerta descritto in precedenza. Nelle residenze del Nord-Ovest il tasso di ricovero raggiunge il valore di 31 ospiti ogni 1.000 anziani residenti e supera la soglia di 42 nelle Province Autonome di Trento e Bolzano. Nel Sud il tasso si riduce notevolmente, raggiungendo un valore di 10 per 1.000, con il livello più basso in Campania dove, ogni 1.000 anziani residenti, soltanto 6 sono ospiti delle strutture residenziali. Le differenze territoriali sono più evidenti per le donne anziane non autosufficienti, nel 77% dei casi accolte nelle strutture del Nord. In quest'area del Paese sono ricoverate 34 anziane non autosufficienti ogni 1.000 residenti della stessa età. Il tasso di ricovero più elevato si registra nelle Province Autonome di Trento e Bolzano, dove risultano accolte oltre 50 donne anziane non autosufficienti ogni 1.000 residenti. Nelle altre ripartizioni il tasso di ricovero per questa categoria di ospiti è più basso, 13 per 1.000 nel Centro, 10 per 1.000 nelle Isole e soltanto 7 per 1.000 nel Sud. Oltre i due terzi degli anziani assistiti nelle strutture residenziali (75%) ha superato gli 80 anni, quota che sale al 77% per i non autosufficienti e si riduce al 68% per gli anziani autosufficienti. Il tasso di ricovero per gli anziani con meno di 75 anni è pari a 5 ogni 1.000 residenti e cresce gradualmente con l'aumentare dell'età, raggiungendo quota 76 per 1.000 tra gli ultraottantacinquenni. Per questa classe d'età il tasso di ricovero aumenta notevolmente nelle regioni del Nord e supera la soglia di 153 per 1.000 residenti nelle Province Autonome di Trento e Bolzano. Le "unità di servizio" che ospitano gli anziani sono per lo più di medie o grandi dimensioni, con un'organizzazione di tipo comunitario. Le strutture che accolgono questa tipologia di utenza sono il più delle volte in grado di fornire

prestazioni medico-infermieristiche di elevato livello. Il 75% degli ospiti ultrasessantacinquenni, infatti, viene accolto in "unità di servizio" caratterizzate da un livello di assistenza sanitaria medio-alto.

Uomini con disabilità o patologie psichiatriche i più numerosi tra gli ospiti adulti

Gli adulti ospiti dei presidi residenziali sono 73.864, circa 2 ogni 1.000 residenti di età compresa tra i 18 e i 64 anni; di questi quasi 47 mila sono maschi (il 63%, pari a 2,5 ogni 1.000 uomini residenti) e poco meno di 27 mila femmine (il 37%, pari a 1,4 ogni 1.000 donne residenti). Il tasso di ricovero è più alto nelle regioni del Nord (2,4 adulti ogni 1.000 residenti) e si riduce nel Sud del Paese con l'1,1 per 1.000. Le Province Autonome di Bolzano e Trento e la Liguria ospitano la più alta quota di adulti (rispettivamente 5,9, 4,8 e 4,1 per 1.000) mentre la Campania registra un tasso inferiore all'1 per 1.000 (0,8 ogni 1.000 abitanti di pari età). La tipologia di disagio prevalente tra gli ospiti adulti è la presenza di disabilità o di patologie psichiatriche, con il 66% degli assistiti (pari a 49.046), dei quali oltre la metà sono uomini. Gli ospiti con disabilità ammontano a 1,3 ogni 1.000 abitanti: 1,6 tra gli uomini e 1,1 tra le donne. Gli ospiti adulti (18-64 anni) sono accolti prevalentemente in "unità di servizio" a carattere comunitario, ogni 1.000 adulti 1,8 (pari al 92% degli adulti ricoverati) è ospitato in questa tipologia di unità; l'1,2 (il 60% degli adulti) è assistito in contesti con livello di assistenza sanitaria medioalta, nelle regioni del Nord-Ovest tale quota supera l'1,5 per 1.000, mentre nel Centro e nel Sud si registrano valori inferiori a quello medio nazionale. Il 62% degli ospiti è accolto presso unità di servizio ad integrazione socio-sanitaria, il 20% in accoglienze prevalentemente abitative o di emergenza.

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

La Consulta dichiara incostituzionale l'estensione al 2020 del contributo a carico delle Regioni

panoramasanita.it/2018/05/24/la-consulta-dichiara-incostituzionale-lestensione-al-2020-del-contributo-a-carico-delle-regioni/



0
0
0
0
0

Accolto il ricorso del Veneto. Il Presidente Zaia: «Vittoria storica contro i tagli lineari». Attraverso la sentenza la Consulta ha decretato l'incostituzionalità del raddoppio surrettizio della durata di una manovra di finanza pubblica a carico delle Regioni ordinarie, dichiarando illegittima l'estensione al 2020 del contributo di 750 milioni di euro imposto a queste Regioni dalla legge di bilancio nazionale 2017. «Un taglio lineare che, di fatto, andava a colpire principalmente i finanziamenti alla sanità».

«Una vittoria storica. Non la si può definire diversamente». Con queste parole, il Presidente della Regione del Veneto definisce la sentenza con la quale la Consulta ha decretato l'incostituzionalità del raddoppio surrettizio della durata di una manovra di finanza pubblica a carico delle Regioni ordinarie, dichiarando illegittima l'estensione al 2020 del contributo di 750 milioni di euro imposto a queste Regioni dalla legge di bilancio nazionale 2017. Un taglio lineare che, di fatto, andava a colpire principalmente i finanziamenti alla sanità. Il ricorso era stato presentato dal Veneto, patrocinato dagli Avvocati Luca Antonini ed Ezio Zanon, e da altre Regioni, ma solo quello di Palazzo Balbi è stato accolto. «La Corte Costituzionale – dice il Governatore – è intervenuta pesantemente sui tagli lineari, che abbiamo sempre sostenuto essere ingiusti e incostituzionali, portando progressivamente la Consulta a riconoscere la validità delle nostre tesi: già con la sentenza nr. 65/2016 e nr. 154/2017, il Veneto aveva ottenuto che la Corte lancia due decisi moniti al legislatore statale contro l'utilizzo della tecnica oggi dichiarata incostituzionale». Il Presidente pone l'accento su due aspetti della sentenza, definendoli «fondamentali, anche per la capacità di incidere non solo nel contingente, ma anche sul futuro». «In primo luogo – prosegue il Presidente – la norma imponeva tagli lineari soprattutto alla sanità, settore nel quale il Veneto ha sempre mantenuto alti livelli di servizi abbinati a correttezza nell'impiego delle risorse, di fatto modificando un numerino (da 2019 a 2020). In questo modo la Consulta ha censurato una sciatteria tecnica operata dal Governo che, facendo passare pressoché nascostamente il taglio anche per il 2020, l'aveva sottratto al corretto confronto parlamentare, nella cui sede Camera e Senato avrebbero potuto incidere. Era un taglio drammatico, e non era pensabile che passasse senza che il Parlamento ne avesse piena contezza». «Inoltre – aggiunge il Governatore – la Corte ha colto l'occasione per evidenziare che l'imposizione alle Regioni a statuto ordinario di contributi alla finanza pubblica incide inevitabilmente sul livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, sicché lo Stato, in

24/5/2018

La Consulta dichiara incostituzionale l'estensione al 2020 del contributo a carico delle Regioni

rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza in materia sanitaria e di garanzia del diritto alla salute. Tale rischio dovrà essere evitato, eventualmente, mediante il reperimento di risorse in ambiti diversi da quelli riguardanti la spesa regionale. La Consulta ha quindi anche messo in guardia su ipotetici futuri tagli. Un'affermazione significativa, che riprende un'altra sentenza che definiva le priorità della spesa pubblica (la 169/2017 ancora su ricorso del Veneto), e tra queste la sanità in primis. Insomma, non potrà più succedere che, mentre si tagliava la salute agli italiani e ai veneti, si facevano elargizioni a pioggia, come il cosiddetto 'bonus cultura' assegnato indiscriminatamente a tutti i diciottenni, senza indicare una soglia di reddito». «Oggi la Consulta – conclude il Presidente del Veneto – ha confermato, se ancora ce ne fosse stato bisogno, che, quando le risorse scarseggiano, va privilegiata la spesa per i diritti fondamentali dei cittadini, tra i quali la nostra Costituzione cita esplicitamente il diritto alla salute. È una battaglia di equità vinta, che ha visto il Veneto sempre in prima fila, ad esempio per l'applicazione dei costi standard in sanità e per un utilizzo adeguato delle risorse in tutti i settori della spesa pubblica».

L'assessore veneto alla sanità: Posto rimedio a grave ingiustizia. Se no tanto valeva abolire l'Articolo 32 della Costituzione.

«Una vittoria storica, come l'ha definita il Presidente, ma anche sostanziosa, perché ci permette di scongiurare altri tagli nel 2020 che per il Veneto significavano circa altri 60 milioni di euro». Così, l'Assessore regionale alla Sanità esprime «grande soddisfazione» per la sentenza con la quale la Consulta ha decretato l'incostituzionalità del raddoppio surrettizio della durata di una manovra di finanza pubblica a carico delle Regioni ordinarie, dichiarando illegittima l'estensione al 2020 del contributo di 750 milioni di euro imposto a queste Regioni dalla legge di bilancio nazionale 2017. «Un taglio lineare assurdo contro il quale abbiamo combattuto in ogni sede politica e istituzionale possibile – aggiunge l'Assessore – che andava a colpire principalmente i finanziamenti alla sanità. Grave in assoluto, gravissimo, inaccettabile, per una Regione come la nostra che da anni riesce con sforzi immani a tenere i conti in regola, grazie prima di tutto al lavoro quotidiano di decine di migliaia di sanitari e dei nostri direttori generali». «L'ho detto più e più volte in ogni sede – ricorda l'Assessore – che questo tipo di tagli andavano a colpire il diritto alla salute sancito dalla Costituzione e che, se non si poneva uno stop a questo andazzo, sarebbe stato più onesto abolire l'articolo 32 della Carta, che sancisce l'assistenza sanitaria universalistica». «La Corte Costituzionale – conclude – ha posto rimedio a quella che era una vera e propria ingiustizia».

24/5/2018

Obesità infantile e giovanile: le insidie nascoste delle pubblicità televisive del cibo-spazzatura

“I regolamenti delle trasmissioni televisive in Gran Bretagna - riflettono gli autori – non sono più stati aggiornati dal 2008 e questa ricerca dimostra che le attuali restrizioni non stanno evidentemente funzionando. Dobbiamo renderci conto che i ragazzi ormai passano più tempo davanti ad uno schermo che a svolgere qualsiasi altra attività, a parte forse il dormire; ridurre la loro esposizione alle pubblicità di cibo spazzatura rivestirebbe dunque grande importanza per la loro salute e per proteggerli dall'obesità.”

Maria Rita Montebelli

quotidianosanita.it

Mercoledì 23 MAGGIO 2018

Diabete 1. Ipoglicemia ridotta con insulina da sistemi che "riconoscono" l'attività fisica

Se i sistemi di somministrazione dell'insulina vengono dotati di sensori in grado di rilevare l'attività fisica del paziente, i tempi degli eventuali episodi di ipoglicemia si riducono. È quanto emerge da uno studio pubblicato da Diabetes Care

(Reuters Health) – Tra i pazienti con diabete di tipo 1, i sistemi a doppio circuito chiuso per la somministrazione di insulina e glucagone, e che si adattano all'esercizio fisico tramite sensori indossabili, riducono in modo significativo il tempo in ipoglicemia. A dimostrarlo è stato un team di ricercatori coordinato da **Jessica Castle**, della Oregon Health and Science University di Portland, che ha condotto un trial clinico i cui risultati sono stati pubblicati da *Diabetes Care*.

La premessa

È noto che l'attività fisica aumenta il rischio di ipoglicemia nei pazienti con diabete di tipo 1 trattati con apparecchi a somministrazione automatica di insulina. Castle e colleghi avevano precedentemente dimostrato che un sistema che somministra insulina e glucagone può ridurre l'ipoglicemia quando al dispositivo viene indicato che si sta cominciando a fare attività fisica.

Lo studio

I ricercatori americani hanno incorporato la funzione che riconosce l'esercizio fisico tramite un algoritmo con la regolazione del dosaggio e hanno confrontato un sistema a doppio ormone con uno a ormone singolo. In totale, 20 adulti con diabete di tipo 1 sono stati divisi in quattro gruppi: uno usava il sistema a circuito chiuso a doppio ormone, il secondo usava il sistema a circuito chiuso a un solo ormone, il terzo aveva un sistema predittivo di sospensione della somministrazione ormonale in caso di bassi livelli di glucosio e l'ultimo si serviva della normale gestione. Entrambi i sistemi a circuito chiuso usavano un algoritmo di rilevamento dell'esercizio che aveva un input da un cardiofrequenzimetro e da un accelerometro.

I risultati

L'algoritmo ha rilevato correttamente 119 eventi di esercizio fisico su 125. La percentuale media di ipoglicemia durante l'attività fisica era più bassa con il sistema a doppio ormone, 3,4%, leggermente superiore tra coloro che gestivano l'ipoglicemia con i metodi standard, 4,3%, e significativamente più alta tra i diabetici che usavano il sistema a singolo ormone, 8,3%, e il sistema predittivo di sospensione, 7,6%. La percentuale media di ipoglicemia durante l'intero studio era significativamente inferiore con il sistema a doppio ormone, 1,3%, rispetto a sistema a singolo ormone, 2,8%, sistema predittivo, 2%, e gestione standard, 3,1%. Infine, il tempo nell'intervallo glicemico normale era più alto con il sistema a singolo ormone, 74,3%. Un dato che non era significativamente diverso da quello ottenuto con il sistema a doppio ormone, 72%, ma che era significativamente più alto rispetto agli altri due sistemi, 65,2% con la sospensione sulla base dei bassi livelli di glucosio previsti e 63,1% con le cure attuali.

I commenti

"Il sistema a doppio ormone ha ridotto, ma non ha completamente eliminato il rischio di ipoglicemia", hanno sottolineato gli autori. Una considerazione importante data la complessità di includere il glucagone nella cura e gli effetti collaterali ad esso associati.

Tadej Battelino, dell'Università di Lubiana, in Slovenia, afferma di non essere convinto "che il sistema a doppio ormone possa essere usato di routine. Al momento un ormone singolo a circuito chiuso e il glucagone per via nasale, in attesa di approvazione, sembra un metodo più realistico".

Fonte: *Diabetes Care*

quotidianosanita.it

Mercoledì 23 MAGGIO 2018

Da Napoli a Bari: parte il 16° congresso Card. La medicina del territorio per ridurre le disuguaglianze

Le disuguaglianze in termini di Salute tra Nord e Sud e il ruolo affidato ai percorsi assistenziali sul territorio delle Asl e nei distretti per riequilibrare l'offerta tra Regioni, tra ospedale e territorio e tra Asl della stessa compagine locale.

Gennaro Volpe, direttore del dipartimento assistenza primaria della Asl Napoli 1, in qualità di presidente Nazionale della Card (Confederazione delle associazioni regionali di distretto) ha aperto stamani a Bari il 16° congresso nazionale della categoria. Fari puntati sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e sulle cure personalizzate ai cittadini nell'ambito delle strategie di cura, sul territorio e nei distretti, per pazienti fragili, soprattutto cronici e anziani. Obiettivo nel mirino ridurre le disuguaglianze, in tema di Salute, tra Nord e Sud.

La sanità del territorio, le buone cure e la continuità con l'assistenza ospedaliera i temi delle Assise per dare continuità all'impegno preso al Congresso nazionale Card di Napoli del 2016, quando fu definito e approvato il documento "Carta Card Napoli 2016" per la riduzione delle disuguaglianze di Salute.

A Bari, dunque prosegue il dibattito sulle questioni atte a potenziare e diffondere nei Distretti e nei Servizi territoriali il tema delle differenze dei livelli di assistenza evidenti ed osservabili sia tra le varie Regioni del Paese, sia addirittura a livello intra-regionale, tra le diverse Aziende sanitarie dei servizi sanitari locali, come di recente approfondito dalla Campania nella discussione affrontata negli stati generali della Sanità.

Riflettori accesi al convegno Card di Bari, anche su prevenzione, vaccinazioni e screening oncologici. "Interventi ad alto valore di equità – avverte Volpe - che impegnano fortemente le Regioni come la Campania, ancora in piano di rientro e al lavoro da anni per attuare un recupero sulla griglia che definisce i Lea (Livelli essenziali di assistenza). I temi affrontati spazieranno pertanto dai settori più tradizionali delle malattie croniche e delle polipatologie, ad aperture innovative verso la gestione delle malattie rare, dell'empowerment del paziente, dell'alleanza terapeutica e dell'aderenza alle cure, delle nuove possibilità offerte dalla ICT per il miglioramento dell'integrazione e delle cure integrate.

Ad aprire i lavori oggi **Vincenzo Gigantelli**, presidente Card della Puglia e lo stesso Gennaro Volpe che hanno approfondito la questione dei Livelli essenziali di assistenza tra appropriatezza ed accessibilità. Nel pomeriggio è invece in programma una tavola rotonda imperniata sulle strategie istituzionali di contrasto alle disuguaglianze moderata da **Gilberto Gentili** (presidente Card Marche) e **Luciano Pietti**, vicepresidente nazionale Card.

Approfondimento a cui partecipano **Tonino Aceti**, **Gianfranco Finzi**, **Lorenzo Leogrande**, **Claudio Ligresti**, **Isabella Mastrobuono**, **Silvestro Scotti** e **Francesco Ripa di Meana**.

In serata è invece in programma la tavola rotonda sull'equa adozione dei Lea nel contesto nazionale la cui introduzione sarà a cura del centro studi Card.

"In questo scenario – si legge in una nota – il convegno intende mettere a fuoco la strategia integrante del distretto, per espandere l'uso dei Pdta, innanzitutto per le principali malattie ad alto impatto sociale, sia sul piano dei costi che assistenziale, come insufficienza cardiaca e respiratoria, i tumori, il diabete mellito e le demenze con la salute mentale, riuscendo a coniugare il percorso standardizzato con i programmi assistenziali individualizzati. Così i Pdta

Il settore farmaceutico. Sostanze anti invecchiamento e per curare le ferite

Quell'elisir di giovinezza e i tanti brevetti per proteggerlo

La Fidia di Abano produce il 70 per cento di acido ialuronico

ENRICO FERRO

SONO lontani i tempi delle creste di gallo come unica fonte dell'elisir di eterna giovinezza. Arrivavano congelate in grandi contenitori di plastica, per passare ai laboratori dove i biologi ne estraevano il prezioso ricavato. Oggi la percentuale maggiore di acido ialuronico viene prodotta sempre in laboratorio ma soprattutto grazie alla manipolazione della molecola. «Serviva il batterio giusto, l'abbiamo trovato», scherzano alla Fidia di Abano Terme, azienda con 72 anni di storia, 1.300 dipendenti e un trend in crescita. Una realtà che sfida i giganti mondiali grazie alla competenza raggiunta nella produzione del farmaco rigenerante. Sono i numeri che danno la misura: 650 brevetti (su 960 totali) e una produzione che sfiora ormai il 70% di quella totale. «La conoscenza scientifica pluridecennale di Fidia sull'acido ialuronico ci ha permesso di sviluppare prodotti in grado di rispondere a bisogni terapeutici ancora insoddisfatti», spiega Carlo Pizzoccaro, figlio di Francesco, imprenditori milanesi che dal 1999 guidano Fidia insieme al socio Paolo Rossi. La loro società, la PGR, ha inglobato l'azienda padovana e ne ha moltiplicato le fortune. Oggi l'acido ialuronico targato Fidia è una realtà in tutto il mondo.

Questa sostanza, che mantie-

ne elastici e resistenti pelle e arti, viene prodotta dal nostro corpo fino ai vent'anni d'età. E quando l'organismo smette di produrla che arrivano le prime rughe. I tessuti si rigenerano con più difficoltà dopo una ferita e gli arti si piegano con minore scioltezza. Ma bastano infiltrazioni periodiche di questa sostanza per rallentare usura e decadimento. Fidia è andata anche oltre e ha messo a punto prodotti per le ferite profonde come le ulcere da diabete o le piaghe da decubito. Altri in grado di bloccare l'erosione delle cartilagini. Ha fatto passi da gigante nella medicina rigenerativa impiegata in campo dermatologico. Una promettente sperimentazione, invece, è in corso all'Istituto Clinico Humanitas di Milano per l'utilizzo dell'acido ialuronico applicato al trattamento del tumore alla vescica, con un investimento da 30 milioni in tre anni.

La storia dell'acido ialuronico inizia nel 1934, quando il biochimico Karl Meyer e il suo assistente John W. Palmer, nei laboratori della Columbia University di New York, isolano per la prima volta la molecola all'interno dell'umor vitreo bovino. Negli anni '60 gli scienziati Balazs e Delinger ne scoprono la presenza anche in diversi altri tessuti del corpo umano. Da allora la ricerca scientifica inizia a comprendere il ruolo fondamentale nel metabolismo cellulare e nei processi fisiologici di riparazione dei tes-

suti.

Fidia Farmaceutici Spa, in quegli anni, è stata pioniera in un mondo ancora poco conosciuto.

È in quel periodo che viene prodotto il primo farmaco per la cura delle lesioni cutanee: la Connettivina. Alla fine degli anni '80, invece, è la volta di Hyalgan, per il trattamento intra-articolare dell'osteoartrosi del ginocchio. Attualmente è utilizzato in più di 80 Paesi al mondo ma è soprattutto l'affermazione a livello internazionale di un progetto di ricerca partito dall'Italia, dal Veneto. L'acido ialuronico Fidia viene ottenuto attraverso due processi di produzione. C'è quello tradizionale, con l'estrazione biologica dalle creste di gallo provenienti esclusivamente da allevamenti certificati e sottoposti a sorveglianza veterinaria. E c'è quello nuovo, attraverso la fermentazione batterica di una molecola. «È il prodotto Italia che si afferma, negli ultimi due anni abbiamo assunto 156 persone», evidenzia fiero il direttore generale Angelo Schiavo. Una filiale aperta a Dubai, una in Polonia, lo sbarco imminente in Canada. Nonostante l'internazionalizzazione Fidia mantiene ad Abano, in provincia di Padova, il cuore pulsante di un'azienda leader globale con 4,5 milioni di siringhe vendute nel mondo, il 23-24% dei volumi complessivi. E il core business sono i nostri arti che scricchiolano.

SPRACCIOLAZIONE RISERVATA