



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Fisco. Nuovo servizio via web per il rilascio di codice fiscale e tessera sanitaria

Alle Entrate con prenotazione online

Adriano Moraglio

■ Per accedere agli sportelli dell'agenzia delle Entrate e ricevere la prima assistenza ora il contribuente può prendere, da casa o comunque da remoto, un bigliettino numerato elettronico, come gli "eliminacoda" dei negozi e delle poste.

Il "ticket elettronico", che è già in funzione, si usa per le informazioni e le pratiche più semplici o comunque per un primo contatto con l'Agenzia in modo che il contribuente sappia orientarsi meglio e capire di quale servizio ha bisogno. Tipicamente, si tratta di: abilitazione ai servizi telematici, codice fiscale e tessera sanitaria, consegna di documenti.

I contribuenti hanno la possibilità di prenotare il proprio biglietto e selezionare il servizio - a partire dalle sei del mattino, sino a fi-

ne disponibilità: una volta esaurita, il servizio annuncia online che non è più possibile effettuare prenotazioni. Ogni "web ticket" può essere utilizzato esclusivamente nel corso della giornata in cui è richiesto e nell'orario indicato nella prenotazione. Tra il momento della prenotazione via Internet e l'erogazione effettiva del servizio è previsto un intervallo di tempo, in modo da consentire al contribuente di raggiungere comodamente l'ufficio. L'iniziativa segue alla sperimentazione avviata in alcuni uffici territoriali; ora il servizio è esteso su scala nazionale.

Occorre andare sul sito delle Entrate (l'indirizzo web diretto è <http://www.agenziaentrate.gov.it/wps/content/nsilib/nsi/contatta/assistenza+fiscale/elimina+code+online>). Qui si potrà prendere appuntamenti e fissare

l'orario. Occorre poi inserire e inviare alcuni dati personali per ricevere sulla propria posta elettronica un'email di conferma della prenotazione, con un link al web ticket numerato, da stampare e portare con sé alle Entrate. Il contribuente potrà arrivare direttamente all'orario indicato dal "web ticket" e sarà chiamato dal primo operatore libero.

Questo servizio non ha nulla a che vedere con la possibilità di fissare gli appuntamenti per un colloquio con i funzionari del fisco, un servizio che esiste da anni (lo si trova sempre sul sito delle Entrate all'indirizzo web <https://www.agenziaentrate.gov.it/servizi/cup/index.htm>). Questo (anch'esso prenotabile online) riguarda infatti informazioni su comunicazioni provenienti da En-

trate o Equitalia, dichiarazioni, registrazioni di atti o contratti, rimborsi, regimi fiscali speciali per contribuenti minimi disabili.

PER I CONTRIBUENTI

La nuova opzione si aggiunge alla possibilità di fissare un colloquio con i funzionari sullo stato degli adempimenti

Disabili gravi, il vero «diritto» è all'assistenza

di **Francesca Lozito**

Sono persone che reclamano dignità: un livello di cura commisurato alla gravità della loro disabilità. «È la qualità dell'assistenza che va garantita», come dice il neurologo Roberto Piperno, direttore della Casa dei risvegli Luca De Nigris. Affermazioni che partono dai dati raccolti in due studi sulle persone con "disordini della coscienza" (coma, stati vegetativi, minima coscienza) che fotografano la situazione italiana con riscontri evidenti

Gli studi e i dati

All'ultima Giornata degli stati vegetativi (9 febbraio) è stato presentato il progetto «Incarico», coordinato dall'Istituto neurologico Besta di Milano sotto la direzione di Matilde Leonardi e Davide Sattin e dalla Regione Emilia Romagna. Alla prossima Giornata dei risvegli (7 ottobre) verrà presentato il progetto «Vesta», coordinato da Piperno. Entrambi gli studi hanno un obiettivo molto chiaro: dire chi sono queste persone, come vivono, quali problematiche incontrano. E come ci si prende cura di loro. Saperlo è «una questione di giustizia», come afferma Incarico.

A macchia di leopardo

Sono 11 le regioni italiane prese in esame (Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Umbria, Veneto) per un totale di 2.452 centri. Per la fase "acuta" (subito dopo l'evento traumatico) non ci sono sostanziali differenze, ma in quella successiva - "subacuta" - solo 7 regioni su 11 hanno attivato unità specifiche «ad alta valenza riabilitativa». Nella fase degli "esiti" (quella in cui la situazione del paziente si stabilizza in una certa condizione) sono presenti le maggiori differenze: solo 4 regioni hanno costituito le «Speciali unità ad assistenza protetta» (Suap): Calabria, Campania, Sicilia e Veneto. Sei regioni hanno poi fatto nascere nuclei dedicati in Rsa già esistenti (Emilia Romagna, Liguria, Lombar-

dia, Piemonte, Umbria e Veneto). Nel Lazio e in Puglia non ci sono centri specifici che ospitano persone con disordini della coscienza.

I nodi della rete

Secondo l'accordo Stato-Regioni del 2011 il modello per questi pazienti è il «Coma to community»: un collegamento tra le varie "fasi" attraversate da una persona con disordini della coscienza. «Incarico» ha evidenziato che Calabria, Campania e Sicilia concentrano i pazienti in poche strutture e pochi "nodi". Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Umbria e Veneto hanno strutture più diffuse sul territorio e molti nodi.

Dalla teoria alla vita

«Incarico» ha poi confrontato i modelli delle 11 regioni con la situazione reale di 90 pazienti. Ne è emerso che non tutti i pazienti hanno seguito il percorso predisposto dalla legislazione nazionale col dato più basso per la Liguria (67%). È interessante notare come il flusso di pazienti sia molto mutevole: l'Emilia Romagna ha il 45% di ingressi da altre regioni ma quasi nessun paziente in uscita. La Liguria un equilibrio del 35% tra entrate e uscite, il Veneto un 30% di uscite e un 15% nel senso opposto.

Punti critici

Umbria, Puglia Sicilia e Veneto nel 30% dei casi di fase acuta lamentano la «carente condivisione con il personale sanitario nella scelta della struttura per la fase successiva» o «il tempo di attesa troppo lungo nel passaggio tra una unità e l'altra nel percorso». Per gli "esiti" Piemonte, Lazio e Sicilia evidenziano una mancanza di supporto psicologico alla famiglia, mentre Lazio e Sicilia e Campania lamentano l'insufficiente quantità del servizio assistenziale (in Campania il 66%).

Punti di forza

In generale, viene sottolineata la qualità del servizio ricevuto nella fase acuta e post-acuta, l'accoglienza in tutte le

tappe del percorso, il libero accesso alle strutture sanitarie dei familiari e il comfort di queste ultime. Eccellenze da tenersi stretti.

Costi

Utilizzando la banca dati più completa - Emilia Romagna - risulta un costo complessivo dei pazienti presi in esame di 47.362.280 nella fase acuta e post-acuta in ospedale e 25.703.295 nella fase degli esiti. Il totale è di 73.065.575. Integrando le due cifre si arriva a un costo di 147.310 euro per ogni paziente nella fase acuta e sub-acuta e di 51 mila euro nella fase degli esiti.

Diagnosi errate

Non esiste in Italia un registro nazionale che raccolga i dati delle persone in stato vegetativo. A questo obiettivo mira il progetto «Vesta», coordinato da Roberto Piperno: si tratta di uno studio osservazionale sugli stati vegetativi che ha coinvolto 22 unità operative di 15 province tra Emilia Romagna, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Sicilia, Toscana, Basilicata, Campania, Abruzzo, Puglia, Marche, Veneto, Calabria e Sardegna, per un totale di 350 casi. Tra gli obiettivi, la verifica dell'accuratezza della diagnosi, l'incidenza dell'errore, la comprensione dei cambiamenti possibili nelle fasi di cronicità ritenute irreversibili. Il dato più importante evidenzia le diagnosi errate in fase cronica, per Vesta pari al 30%. «È un dato che ci dà una conferma importante: anche nella cronicità la situazione non è per niente statica» dice Piperno.

L'accoglienza

Dove si trovano le persone in stato vegetativo? Il 35% in una unità di riabilitazione, il 32% nelle Rsa, il 16% nelle lungodegenze, solo il 15% è a domicilio. La strada dei veri diritti per le persone più fragili è tracciata, ma va ancora percorsa davvero, senza distrarsi con altri presunti "diritti".

La dignità dei pazienti in stato vegetativo dipende anche da una rete di accoglienza e di cura. Che però è ancora insufficiente

Sanità. Ecco i livelli essenziali anti-corruzione

**Presentati dall'Ispe
gli interventi per la
legalità in un settore
ad alto rischio
Prevista anche una
giornata nazionale**

È di ieri il dato sconcertante di una ricerca Ocse: in Italia la corruzione percepita raggiunge quasi il 90%, il dato più elevato di tutti i Paesi più sviluppati. Per contrasto è stata quindi fortunata la coincidenza con la presentazione delle articolate attività anti-maffare dell'Ispe-Sanità, l'Istituto che si batte per la promozione dell'etica nel settore medico.

Al Senato, alla presenza dell'ex pm Gerardo Colombo e del senatore Nico D'Ascòla, relatore del ddl anti-corruzione, l'Ispe ha annunciato una serie di azioni per creare nella comunità, nei professionisti del mondo sanitario e nelle istituzioni una rinnovata cultura della legalità declinata anche nelle pratiche quotidiane.

In particolare, il piano dei Lea (livelli essenziali anti-corruzione; ispirati ai livelli di assistenza della sanità) prevede, come ha precisato il presidente dell'Ispe, Francesco Macchia, sei leve di intervento: la formazione, con una scuola di etica; la ricerca, con uno studio analitico sull'applicazione della legge 190/2012; l'advocacy, con la presentazione sulla piattaforma change.org di tre proposte normative contro la corruzione in sanità; il confronto scientifico, con le assise sull'etica a fine giugno; l'attività sul campo, a supporto di Regioni e Aziende sanitarie; e la sensibilizzazione pubblica, con una giornata nazionale anticorruzione prevista per il 17 gennaio 2016. Informazioni e dettagli su www.ispe-sanita.it

Riforma della Pa allo sprint finale sì alla responsabilità dei manager

IL PROVVEDIMENTO

ROMA Prende forma la figura del nuovo dirigente pubblico che il governo sta tentando di delineare con la riforma della Pubblica amministrazione. Ieri la commissione Affari costituzionali ha votato sull'articolo 10 del disegno di legge, approvando anche un emendamento firmato dal relatore Giorgio Pagliari che punta a separare le responsabilità del manager pubblico sul fronte gestionale da quelle politiche che competono invece a sindaci, presidenti di Regione e altri eletti.

I TIMORI DEI SINDACATI

Ma il nuovo assetto non è immune da polemiche. Alcune associazioni sindacali degli stessi dirigenti, come l'Unadis, parla-

no di «norma salva-sindaci» e di «ricatto». Il timore è che il dirigente si trovi alla fine schiacciato tra la necessità di attuare le indicazioni che vengono dalla politica e il rischio di dover far fronte alla responsabilità per danno erariale davanti alla Corte dei Conti. Sulla stessa linea, sul fronte politico, il Movimento Cinque Stelle. Diamentralmente opposto il giudizio di Marianna Madia. «Immaginiamo una dirigenza autonoma anche in grado, se lo ritiene, di dire no alla politica» grazie alla «separazione tra l'attività di gestione e l'indirizzo politico» ha detto il ministro della Pubblica amministrazione.

Ieri sono state approvate anche norme importanti che riguardano non solo dirigenti ma la generalità dei dipendenti pubblici. Si tratta di due temi che nelle settimane scorse so-

Il costo

70 milioni

Quanto spende in euro ogni anno l'Inps per le visite fiscali a dipendenti pubblici e privati

Le graduatorie

84.000

Il numero dei candidati risultati idonei in concorsi pubblici nel corso degli ultimi anni

no stati anche al centro di accese controversie: da una parte le assenze per malattia dei lavoratori pubblici, dall'altra le modalità con cui possono essere eventualmente licenziati.

ORARI DIVERSI

Sul primo punto la risposta del governo è la formazione di un polo unico della medicina fiscale, che sarà affidato all'Inps. Attualmente infatti la maggior parte delle amministrazioni pubbliche usa per le visite di controllo le Asl, anche se è già possibile (come avviene già in alcune realtà) ricorrere al personale medico inserito nelle liste dell'istituto previdenziale.

Quando la riforma sarà legge, questa sarà la regola. L'Inps ha sempre sostenuto di poter svolgere il compito con minori costi per lo Stato. Restano però da definire alcuni aspetti operativi, come la differenza tra gli orari di visita stabiliti per i lavoratori pubblici e quelli privati nell'arco della giornata.

Quanto ai licenziamenti, è ormai assodato che i dipendenti dello Stato e delle altre amministrazioni non rientreranno nella disciplina fissata per i privati con il nuovo contratto a tutele crescenti. Dunque resteranno le tutele piene dell'articolo 18, con il reintegro in caso di allontanamento dal posto di lavoro che si riveli ingiustificato.

Cambieranno invece in direzione di una maggiore semplicità le norme specifiche per il mondo del lavoro pubblico: i procedimenti disciplinari saranno più spediti e dovrebbero avere tempi certi. In questo modo si arriverebbe alle eventuali sanzioni che possono comprendere anche il licenziamento.

L. Ci.

Il gioco di Apple Watch che ci stimola a fare sport e a mangiare verdura

Ricordati di vivere (in salute)

di Paolo Di Stefano

Un «memento mori» allacciato al polso. Questo sarà Life Clock, la nuova applicazione per l'Apple Watch, capace di visualizzare la tua aspettativa di vita, calcolando i parametri dello stato fisico e delle abitudini quotidiane che ti riguardano. Dunque: hai mangiato la razione di verdura giornaliera consigliata dalla medicina? Bene bene, hai guadagnato 36 minuti sulla tua deadline. Hai fatto bisboccia tutta la notte? Ah ah ah, 25 minuti in meno, caro mio, la prossima volta pensaci bene prima di commettere simili imprudenze. Ti sei ricordato di fare la tua mezz'oretta di corsa quotidiana? Complimenti, il conto alla rovescia si allunga. E così via.

«Vogliamo incoraggiare le persone a fare delle scelte giuste, dando una dimostrazione tangibile di come le nostre azioni di oggi abbiano un impatto sul futuro», ha spiegato al blog di Mashable Tom Le



Tom Le Bree
Vogliamo dare una dimostrazione tangibile di come le nostre azioni di oggi abbiano un impatto sul futuro

Bree, partner di Rehabstudio, l'azienda che ha progettato l'orologio-memento.

Il Life Clock è l'ultima trovata, forse l'atto estremo (si potrebbe dire la *deadline* se non si esagerasse con l'inglese), del cosiddetto *e-health*, cioè l'approccio digitale fai da te alla salute e al benessere individuale, un settore in grande espansione, dicono gli esperti. I quali ci informano che l'anno scorso è stata inaugurata con successo la piattaforma HealthKit, resa disponibile su iPhone, con l'obiettivo di raccogliere tutte le notizie relative al proprio stato fisico: ore di sonno, movimento e calorie consumate, battito cardiaco, pressione, indice di massa corporea, glicemia, colesterolo e chi più ne ha più ne metta, una specie di check up perennemente in diretta. Il motto è: «Controllare, gestire, interagire con la nostra salute».

C'è poi ResearchKit che, promettendo il massimo di riservatezza, invita a mandare i propri numeri e coefficienti nella sua banca dati perché possano essere elaborati in un

Al polso

Ogni giorno calcola l'impatto delle cattive abitudini e il valore dei comportamenti virtuosi

megacentro a beneficio della ricerca e dunque del benessere dell'umanità.

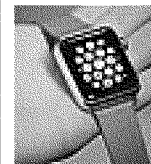
In una famosa scena di «Non ci resta che piangere», Massimo Troisi affacciato a una balconata nella Firenze di Savonarola, si sentiva dire da un chierico vagante: «Ricordati che devi morire!». «Come?» chiedeva incredulo. «Ricordati che devi morire!», ripeteva l'altro con voce sempre più tonitruante. «Va bene...». Alla terza intimazione, Troisi balbettava: «Sì, no... mo' me lo segno, mo'... non ti preoccupare», e spariva nell'ombra un po' intimidito.

Non siamo più nel Medioevo dei monaci millenaristi, ma c'è ugualmente chi si preoccupa di richiamarci al nostro destino mortale. Non per invitarci a salvare l'anima prima che sia troppo tardi, ma per offrirci la splendida e impagabile opportunità di arrivare in perfetta forma all'estrema anzianità. Che comunque, a quanto pare, resta ancora, nonostante Life Clock e ResearchKit, alquanto inevitabile.

Può essere una gran soddisfazione, esalare l'ultimo respiro sapendo di aver fatto, tutti i giorni, l'impossibile per rimandarlo. Ma se guadagnare tempo prima della resa rimane un'ambizione umana troppo umana, Life Clock è indubbiamente uno strumento efficacissimo per farne un'ossessione ansiogena che si aggiunge alle infinite altre che la tecnologia ha il potere di alimentare.

Finire dallo psichiatra con impeccabili valori del colesterolo, della glicemia, della massa corporea, dell'azotemia e della creatinina... potrebbe comunque rivelarsi fatale a livello neurologico. Urge un orologio con applicazione che ci indichi la deadline del cervello. Arriverà l'anno prossimo, potete contarci.

L'orologio



● L'Apple Watch (in foto) è stato presentato a San Francisco il 9 marzo scorso dal ceo di Apple, Tim Cook

● Molte le funzioni: potrà essere usato per fare chiamate, ricevere news, inviare email, guardare video e foto, e in allenamento controllare il battito cardiaco e misurare le calorie bruciate



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province





Sanità / 1

Asl, incarico a Falato
rinvio per il ricorso

Ieri mattina nuova udienza davanti al magistrato del Lavoro Cassinari per discutere un ricorso presentato da Arnaldo Falato, dirigente dell'Asl, che mira alla conservazione del precedente incarico. L'avvocato Roberto Prozzo, per l'Asl, e il legale del ricorrente, Mario Verrusio, hanno chiesto un rinvio e il magistrato ha fissato la nuova udienza per il 6 maggio. Un primo ricorso di Falato in cui chiedeva che gli fosse conservato l'incarico o, in alternativa, gli venisse riconosciuto conferito un incarico di direzione di un'unità operativa complessa, era stato respinto. Lo stesso è avvenuto per un ricorso davanti al giudice monocratico. Falato ha chiesto il giudizio nel merito. A maggio, dunque, nuovo round davanti al giudice del lavoro.



Sanità / 2

Incarichi legali
c'è la commissione

Il commissario straordinario dell'Asl di Benevento, Ventucci, ha istituito la commissione per la valutazione delle istanze da destinare agli incarichi legali. Il presidente dell'organismo di valutazione è Antonio Mennitto, direttore amministrativo dell'azienda. A comporre la commissione Alberto Traglia del distretto sanitario Bn2 e Anna Bisesti, dirigente dell'Uoc Relazioni con il pubblico. Le funzioni di segretario saranno ricoperte da Camillo Toro. Lo scorso dicembre era stato pubblicato un avviso per la creazione dell'elenco, con l'obiettivo di ricercare avvocati ai quali affidare incarichi di assistenza legale e difesa in giudizio dell'Asl di Benevento. La short list, della durata di 24 mesi, sarà composta da varie sezioni: civile, amministrativo, penale e giurisdizioni superiori.

La sanità

Nuove sale operatorie verso il completamento

I lavori finanziati con circa 350mila euro Restano le carenze

S. MARIA CAPUA VETERE. Sono in via di completamento i lavori, finanziati con una spesa pari a circa 350.000 euro, finalizzati all'apertura delle nuove sale operatorie presso l'ospedale Melorio di Santa Maria Capua Vetere. Tra interruzioni e revisioni del progetto iniziale, gli interventi iniziati a giugno dello scorso anno durano oramai da quasi 10 mesi. Una volta ultimati «diventerà un dato di fatto il potenziamento della struttura - ha spiegato il sindaco Biagio Di Muro - L'ospedale è un bene non solo della città di Santa Maria Capua Vetere ma degli utenti di una vasta area che va ben oltre i confini del distretto». I problemi dell'ospedale Melorio, però, sarebbero anche altri. «L'unico presidio dotato di pronto soccorso tra Caserta e Sessa Aurunca rischia di uscire dal sistema di emergenza della Regione Campania costringendo un grosso bacino di popolazione ad affluire al già sovraffollato ospedale di Caserta». E' il grido d'allarme degli attivisti del Movimento 5 Stelle preoccupati dal «notevole impoverimento di strutture, attrezzature e personale subito dal locale plesso sanitario». La genesi di questo «impoverimento», secondo gli attivisti pentastellati, affonderebbe le proprie radici «dall'avvio del riordino



Interventi L'ospedale Melorio a S. Maria

della rete ospedaliera regionale». «E' stato chiuso l'intero reparto materno-infantile - hanno spiegato dal Movimento 5 Stelle - ad eccezione del solo ambulatorio pediatrico, contestualmente i reparti trasferiti dal dismesso ospedale Palasciano di Capua, nel passaggio tra i due nosocomi, sono stati trasformati da unità operative chirurgiche a semplici ambulatori. Come se non bastasse sono stati depotenziati i reparti di radiologia, nefrologia e laboratorio di analisi che attualmente soffrono di gravi carenze di personale e strutturali». Accanto alla doppia linea di interventi, oramai in dirittura di arrivo, secondo gli attivisti è necessario affiancare una progettualità «che sia in grado di garantire la permanenza del Melorio nella rete delle emergenze, potenziando le unità operative collegato in modo da assicurare il pieno funzionamento per 24 ore al giorno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Squillante convoca il tavolo la rabbia dei distretti esclusi

La vertenza

Riforma del piano territoriale vertice a Nocera Inferiore senza il Vallo e i Picentini

Si terrà domani alle 10.30 il tavolo istituzionale per la preparazione della proposta del nuovo piano ospedaliero e territoriale. Il direttore generale Antonio Squillante ha fissato l'appuntamento non nella sede istituzionale dell'ente - quella di via Nizza a Salerno - ma nella Sala Verde dell'Umberto I di Nocera Inferiore. Squillante non teme le critiche per la scelta della location e sottolinea che sono stati invitati a partecipare i delegati delle sigle sindacali provinciali, un delegato della Federazione italiana di medici di Medicina generale, dell'Ordine dei medici e del Collegio infermieri IPasvi, il presidente del comitato di rappresentanza dei sindaci, il referente del distretto 69 Capaccio-Rocccadaspide Girolamo Auricchio e Enrico

Coscioni per il Distretto 66 di Salerno. Gli altri 11 distretti della provincia di Salerno non sono riusciti a fare sintesi e a fornire un nome unico, pertanto dall'Asl non è partita nessuna convocazione per i distretti della zona del Vallo di Diano, dei Picentini, della zona tra Contursi e Eboli. Ampie zone territoriali che non potranno partecipare alla ridefinizione del nuovo Piano ospedaliero dell'Asl.

Dagli uffici amministrativi dell'azienda sanitaria spiegano che non è stato possibile convocare alcun referente in quanto i sindaci «non hanno potuto o saputo» indicare un unico componente tecnico, condiviso dai comuni



”

Il manager

Nessuna intesa tra i Comuni coinvolti su un nome unico per le trattative

afferenti, com'era stato loro richiesto per garantire un razionale svolgimento dei lavori. In merito il diggì sottolinea: «L'istituzione del tavolo tecnico programmatico nasce dall'intenzione di elaborare una proposta di revisione del Piano ospedaliero provinciale e di riorganizzazione delle cure primarie e territoriali, da sottoporre alla struttura commissariale regionale, che rappresenti tutti i cittadini della provincia di Salerno e tutti gli operatori sanitari. Speriamo di riuscire, con la fattiva e concreta collaborazione di coloro che hanno deciso di aderire all'invito, a produrre una proposta condivisa e realizzabile che possa realmente migliorare i livelli di assistenza sul territorio della Provincia di Salerno».

La costituzione di questo tavolo ormai è storia vecchia. Sono circa due mesi che l'Asl sollecita i nominativi e riunioni operative per poter poi dare il via all'attività di confronto e programmazione. Così, il manager dell'azienda ha deciso di non procrastinare più le attività. Eppure, ad oggi, molte zone territoriali del Salernitano non parteciperanno a quella che vuole essere l'operazione di riscrittura dell'ormai famoso decreto 49/2010.

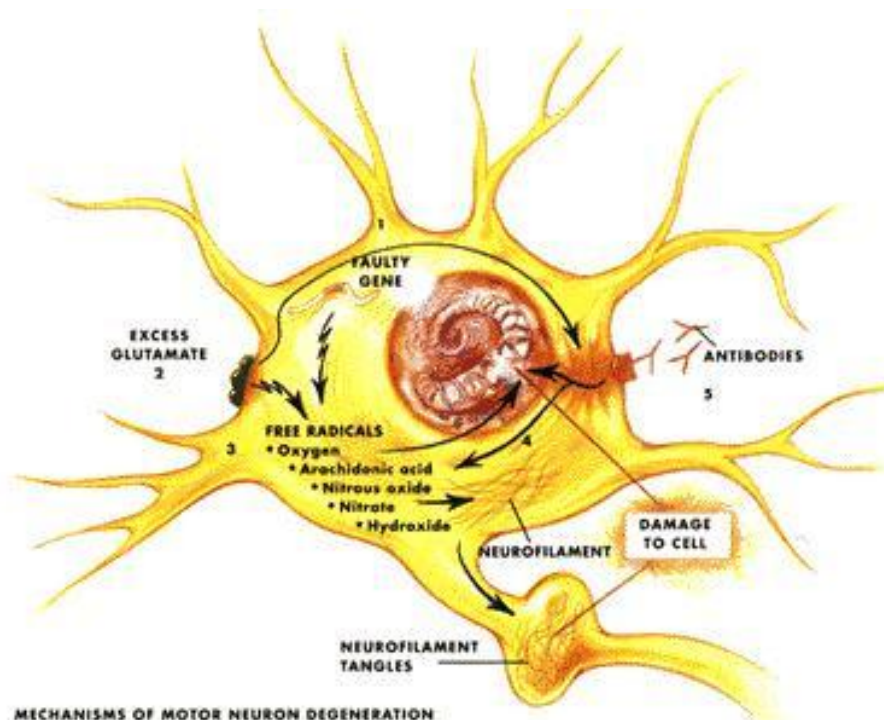
si. pao.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Il gotha dell'oculistica mondiale a confronto sulla tutela della vista

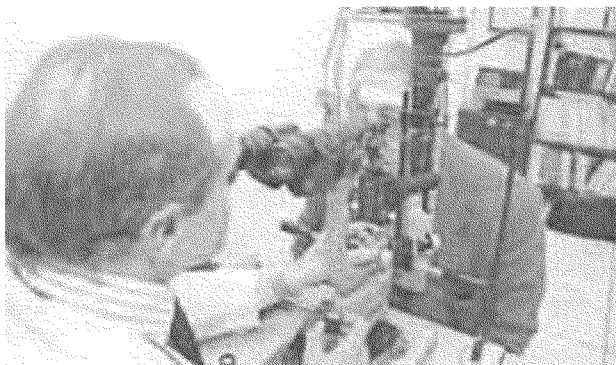
Sorrento

Importante convegno di studi dopo quelli a Praga, Budapest, Barcellona, Istanbul e Lisbona

Ciriaco M. Viggiano

SORRENTO. L'occhio, il glaucoma, le malattie della retina e le nuove frontiere della neuro-oftalmologia: ecco i principali temi al centro della sesta edizione del congresso mondiale di oftalmologia, in programma da domani a sabato nelle sale dell'Hilton Sorrento Palace. Dopo Praga, Barcellona, Istanbul, Budapest e Lisbona gli organizzatori hanno scelto proprio la penisola sorrentina per confrontarsi sull'evoluzione di quella branca della medicina che si occupa della prevenzione, della diagnosi, della terapia e della chirurgia per le malattie degli occhi. Dedicata alla retina e alla degenerazione maculare provocata dall'età, la prima sessione prenderà il via domani alle 8.45; a seguire il dibattito sui deficit visivi causati dall'atrofia geografica e dalla neovascolarizzazione coroidale. A discuterne saranno specialisti di mezzo mondo, come lo spagnolo Jordi Monés e gli americani Susan Bressler e Jayakrishna Ambati.

La seconda parte della giornata, invece, sarà incentrata sulle terapie e sulle tecniche chirurgiche necessarie per limitare i danni alla retina: argon laser, vitrectomia o farmaci specifici. Al centro della sessione in programma domani pomeriggio ci sarà il diabete: quanto influisce questa malattia sulle capacità visive? Come e quando intervenire per limitare il



L'iniziativa
Prevenzione, diagnosi, terapia e chirurgia

deficit visivo? Focus anche su tutte le varie malattie della retina: dalla retinopatia diabetica alla maculopatia, dal foro maculare al distacco della retina, passando per la coroidite sierosa centrale e per la trombosi della vena centrale. «Analizzeremo le varie patologie con particolare attenzione alle terapie - spiegano gli organizzatori - per chiarire quando e come è il caso di intervenire alla luce dei recenti progressi fatti segnare dalla scienza medica, dalla chirurgia e dalla tecnologia».

Su questi e altri aspetti si interrogheranno luminari dell'oftalmologia come Paolo Lanzetta, Stanislao Rizzo, Mario Romano, William Mieler e Bora Eldem. Domenica, infine, giornata alla scoperta delle bellezze naturali e delle prelibatezze gastronomiche della penisola sorrentina. Tra i conferenzieri attesi nelle sale dell'Hilton Sorrento Palace anche Fabiana D'Esposito, già ricercatrice del Ceinge e dell'Imperial College di Londra, figlia dell'oculista Mario al quale il Comune di Piano di Sorrento ha di recente intitolato una strada.

Super molecole contro il colesterolo

Dopo le statine, l'industria farmaceutica punta a farmaci che, in base agli studi, paiono più efficaci e potenti.

Che il colesterolo sia oggi considerato il nemico numero uno del cuore lo dimostrano gli sforzi titanici dell'industria farmaceutica: dopo le statine, sta per mettere sul mercato molecole che promettono di essere ancora più efficaci per ridurre i livelli nel sangue.

I nuovi farmaci (arriveranno forse quest'anno o nel 2016, dopo l'approvazione della Fda americana) sono anticorpi monoclonali con un meccanismo d'azione completamente differente: anziché abbassare l'Ldl (il colesterolo «cattivo») come le statine, fanno in modo che venga smaltito dal fegato e tolto dalla circolazione, abbassando il rischio di infarto e di eventi cardiovascolari. Simulano, in pratica, gli effetti di una rara mutazione genetica: una decina di anni fa gli scienziati avevano visto che alcune persone

con una forma mutata del gene PCSK9 mostravano livelli incredibilmente bassi di colesterolo Ldl, una donna addirittura sotto i 20 milligrammi per decilitro. E stavano benissimo. Sarebbe fantastico, si sono detti i ricercatori, mettere a punto un farmaco capace di mimare l'azione del gene mutato, mettendo fuori uso il colesterolo cattivo. Colossi come Pfizer, Sanofi e Amgen hanno pronte molecole che fanno esattamente questo: nei test clinici, la riduzione dell'Ldl è stata dal 29 al 68 per cento, a seconda del dosaggio.

Sostituiranno le statine? «Non sarà così. Le statine sono farmaci di prima scelta, molto efficaci in chi è a rischio cardiovascolare» risponde Cesare Fiorentini, direttore Sviluppo area clinica al Centro cardiologico Monzino di Milano. «Ma possono dare problemi ai muscoli, come la mialgia; e in alcuni pazienti, il

colesterolo non riesce comunque a scendere sotto i livelli desiderati. Nel primo caso, potremmo utilizzare questi anticorpi monoclonali al posto delle statine. E in chi è resistente alla terapia, potrebbero aggiungersi alla cura standard».

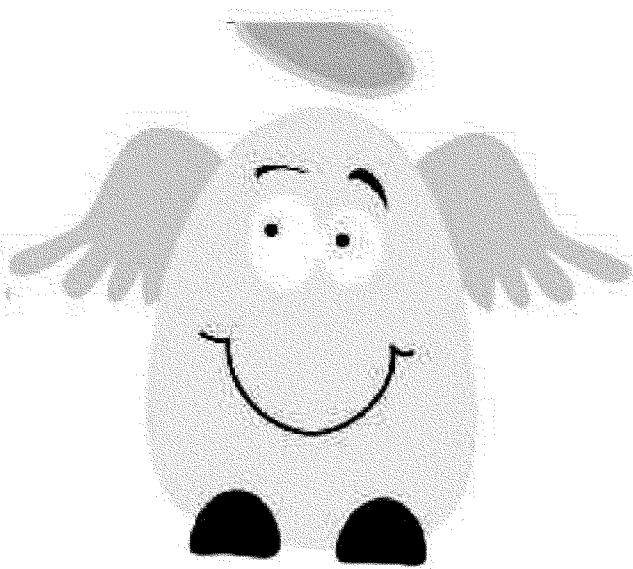
Negli studi preliminari, ci sono stati casi di pazienti che, con i nuovi farmaci, hanno visto il proprio colesterolo cattivo crollare da oltre 100 milligrammi a meno di 50-40. Non sarà un po' troppo, si sono chiesti i medici? «Su questo, in effetti, i dubbi esistono, e c'è discordanza di opinione tra cardiologi americani ed europei. Per loro, superdecisionisti, più il colesterolo è basso meglio è, un po' come avviene per la pressione arteriosa. Per noi europei, conviene non scendere sotto i 70 milligrammi. Ipertrattare, a mio avviso, è sempre sconsigliabile». (Daniela Mattalia)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LDL cattivo

MENO DI 100 MG/DL
ideale per persone a rischio di malattia cardiaca
100-129 MG/DL
vicino al valore ideale
160-189 MG/DL
elevato



HDL buono

MENO DI 50 MG/DL
troppo basso
50-59 MG/DL
buono
OLTRE 60 MG/DL
ottimo

Negli ultimi 10 anni la medicina si è concentrata sui rischi di sviluppare una patologia. E, grazie agli esami, come Angelina Jolie sempre più persone intervengono prima

Dai tumori alle malattie del cuore le profezie del Dna che salvano la vita

ELENA DUSI

IPPOCRATE, nel descrivere le malattie, si concentrava sui sintomi. I suoi eredi di oggi consigliano a una donna di asportare seni e ovaie prima ancora che il segno della malattia si presenti. È successo ad Angelina Jolie e accade ogni giorno a circa il 30 per cento delle donne in America che sanno di avere una mutazione dei geni Brca. È l'effetto della medicina predittiva, che negli ultimi dieci anni, sulla scia della rivoluzione della genetica, ha messo da parte la parola "sintomo" e si è concentrata su quella "rischio".

Cosa fare se la malattia non è una certezza, ma una probabilità è questione che mette in crisi la medicina tradizionale. «Quando parliamo di medicina predittiva parliamo di percentuali di rischio di ammalarsi nel corso della vita. Per questo i risultati di un test genetico

Quando si fa il test non si cerca tutto, si deve partire dalla storia della famiglia e individuare geni ben precisi

co e le scelte terapeutiche vanno discussi con un medico» chiarisce Maurizio Ferrari, coordinatore del dottorato in medicina predittiva e preventiva al San Raffaele di Milano. «Il rapporto fra medico e paziente cambia molto rispetto alla medicina tradizionale. La decisione del secondo in questo caso ha più peso rispetto al primo» prosegue Bernardo Bonanni, direttore della divisione di prevenzione e genetica oncologica dell'Istituto Europeo di Oncologia. «Quando si fa un test genetico non ha senso andare in cerca di tutto. Occorre partire dalla storia del paziente e della famiglia per individuare geni ben precisi. Il fai da te con i kit acquistabili su Internet non funziona» aggiunge Giuseppe Novelli, genetista e rettore dell'università di Tor Vergata.

Al momento i test genetici in oncologia danno informazioni sul rischio di ammalarsi di alcuni tipi di cancro del

seno, dell'ovaio, del colonretto, dell'utero, di una rara forma che colpisce la tiroide, dello stomaco e — secondo alcuni ricercatori — del polmone. I geni responsabili dell'aumento del rischio possono essere più o meno "penetranti". Possono cioè dare una probabilità

di malattia molto alta, come nel caso di Brca, oppure dileguarsi fra gli altri fattori di rischio quotidiani, come accade per molte malattie cardiovascolari, tra cui l'infarto, dovute a cattivi stili di vita. «Ma ci sono malattie del cuore che provocano aritmie e che possono cau-

sare morte improvvisa, come la sindrome del Qt lungo, individuabili dai test genetici» spiega Peter Schwartz, direttore del Centro per la cura e la diagnosi delle aritmie di origine genetica all'Istituto auxologico di Milano. «Poiché la prevenzione si basa largamente sui farmaci betabloccanti, è ragionevole non correre rischi. Ma se abbiamo di fronte atleti di punta cui viene chiesto di interrompere l'attività agonistica, ecco che la decisione diventa drammatica».

Se già prevedere una malattia vuol dire entrare nel reame dell'incerto, ancora più difficile è fare la scelta giusta per la prevenzione. Sempre nel campo dell'oncologia, la chirurgia viene consigliata solo per i geni Brca, responsabili di un drammatico aumento di rischio del cancro di mammella e ovaio. Quando il test genetico mette in guar-

È difficile fare la scelta giusta per la prevenzione: la chirurgia non è consigliata per tutti i tipi di cancro

dia contro il tumore del colonretto, i medici consigliano colonoscopie frequenti e l'asportazione rapida degli eventuali polipi. Per molte forme di cancro, poi, l'individuazione dei geni alterati permette di scegliere farmaci e terapie più adatti. Al di fuori dell'oncologia, un test genetico può influenzare la prescrizione di farmaci (fra cui alcuni antiretrovirali contro l'Hiv) che potrebbero dare reazioni avverse. La diagnosi preimpianto degli embrioni, dove è ammessa, è in grado di dire se un difetto genetico è stato trasmesso dai genitori al figlio. Ma nonostante le decisioni difficili cui mettono di fronte, ai risultati dei test genetici pochi preferirebbero l'ignoranza. Secondo uno studio di Health Economics il 76 per cento delle persone in America è disposto a pagare fino a 600 euro per conoscere il rischio di ammalarsi di Alzheimer, Parkinson, tumore o artrite

L'INTERVISTA

“È un'opportunità per i pazienti mentre si studiano nuove cure”



SCIENZIATA
Elena Cattaneo,
scienziata
dell'università
di Milano e
senatrice a vita

ELENA Cattaneo, scienziata dell'università di Milano e dal 2013 senatrice a vita, studia nel suo laboratorio la corea di Huntington, malattia di origine genetica che devasta il sistema neuromuscolare. Un test può prevederla, ma non prevenirla.

La medicina predittiva in questo caso non rischia di essere una condanna anziché un'opportunità?

«In molti casi la medicina predittiva è un dato probabilistico che conserva margini più o meno ampi di incertezza e deve essere accompagnata da personale medico che dia spiegazioni chiare ai pazienti. Questo accompagnamento vale anche nei casi di quei geni la cui presenza, purtroppo, conferisce certezza che la malattia insorgerà. In alcuni casi, la conoscenza ha aiutato le persone a orientarsi nelle loro decisioni personali di vita. In altri casi le persone non desiderano conoscere. Credo sia molto importante che la medicina metta a disposizione queste opportunità, mentre si continua a lavorare verso strategie terapeutiche».

Cosa si può fare se la risposta del test genetico è positiva?

«C'è una strategia basata su farmaci molecolari che ha mostrato efficacia nell'animale sperimentale. Si tratta di molecole di Dna antisense che intercettano in modo selettivo il gene mal funzionante nella cellula, bloccandolo. Sono una specie di "scotch molecolari" che, veicolati nel malato, riconoscono e silenziano specificamente il gene che causa la malattia. A breve inizierà la sperimentazione di questa strategia nei malati di Huntington. A guidarla sono gli inglesi. Anche la medicina italiana dovrebbe organizzarsi al meglio per prepararsi ad accogliere queste nuove strategie che hanno così forti basi sperimentali».

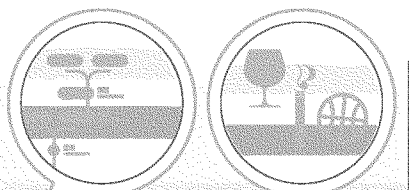
(e. d.)

Il test genetico

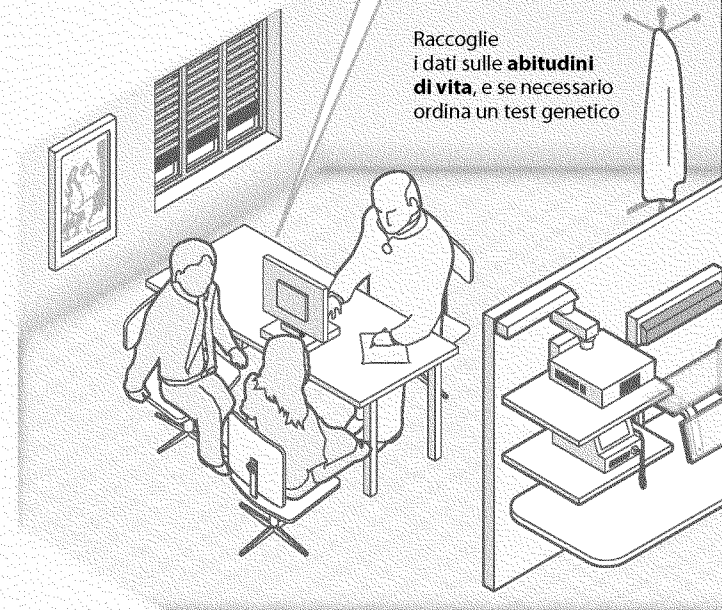
COME FUNZIONA

1 Visita di consulenza

Un genetista ricostruisce l'**albero genealogico** e le **malattie familiari**

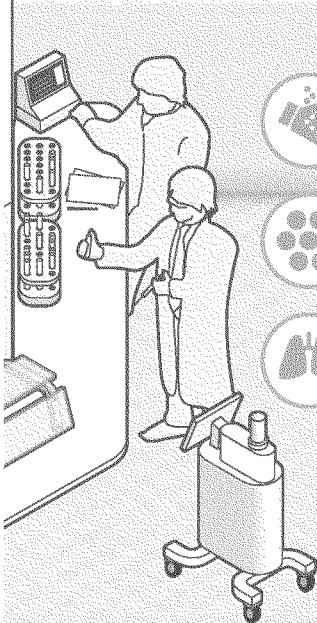


Raccoglie i dati sulle **abitudini di vita**, e se necessario ordina un test genetico



2 Il test

Viene raccolto un campione di sangue



Un laboratorio analizza solo le sequenze del Dna associate alla **malattia da studiare**



Il risultato indica la presenza e l'eventuale mutazione dei **geni osservati**



Le mutazioni potrebbero impedire ai geni di lavorare correttamente e **favorire** - direttamente o indirettamente - **alcune malattie**



LE MALATTIE PREVEDIBILI



Alcuni tipi di cancro (mammella, ovaio, colon-retto)



Infarto



Alzheimer, Parkinson