



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Il parere favorevole del Consiglio stato allo schema di regolamento che accorpa i documenti

Comuni, in arrivo la card unica *Tessera sanitaria e carta di identità su un solo supporto*

DI CINZIA DE STEFANIS

In arrivo la card unica che conterrà, sul medesimo supporto, carta d'identità elettronica e tessera sanitaria. Verrà rilasciata gratuitamente dal comune di residenza a tutti i cittadini italiani iscritti al Servizio sanitario nazionale nonché agli europei o agli stranieri residenti che abbiano diritto all'assistenza sanitaria pubblica. Sostituirà a tutti gli


effetti di legge il tesserino di codice fiscale rilasciato dall'Agenzia delle entrate. Il Consiglio di stato ha dato parere favorevole (21 ottobre 2013 n. 03417) allo schema di regolamento. Il provvedimento rubricato «disposizioni in materia di carta d'identità elettronica unificata alla tessera sanitaria, adottato ai sensi dell'art. 10, comma 3, del dl 13 maggio 2011, n. 70, convertito nella legge 12 luglio 2011, n. 106, e successive

modifiche», è composto da otto articoli. La nuova carta unica avrà una validità pari a quella fissata per le carte d'identità dal Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza e, cioè, dieci anni per i maggiorenni, tre anni per i bambini sotto i 3 anni e cinque anni per bimbi e ragazzi tra 3 e 19 anni. Il documento digitale unificato dovrà essere richiesto al comune di residenza o all'autorità consolare competente da coloro che non sono in possesso

della carta d'identità o che abbiano il documento scaduto, ovvero nei casi di deterioramento, smarrimento o furto. Per i nuovi nati, la richiesta del documento al comune di residenza o di dimora va fatta nel corso del primo anno di vita. L'art. 2 del provvedimento stabilisce che un decreto del ministro dell'interno, con gli opportuni concerti, ne definisca il modello nonché le modalità di tecniche di produzione, distribuzione, gestione.

La tessera europea di assicurazione malattia, oggi apposta sul retro della tessera sanitaria, finirà su un supporto autonomo del documento digitale secondo modalità da stabilire con decreto del ministro della salute.

—© Riproduzione riservata—

 Il testo del parere sul sito www.italia-oggi.it/documenti

INTERSINDACALE DELLA DIRIGENZA SSN

Competenze infermieri, i medici alla guerra

La bozza di accordo Stato-Regioni sulle nuove competenze infermieristiche ancora non piace ai sindacati della dirigenza sanitaria (medica e non medica) che la giudicano una vera e propria invasione di campo in molte delle competenze proprie soprattutto dei medici. E la vedono come «una legittimazione a esercitare, de facto, competenze proprie di altre categorie professionali, che dovrebbero essere definite parallelamente de jure; appare appropriato uno specifico percorso legislativo, anche per evitare conflitti di ruoli e di responsabilità che sarebbero inevitabilmente generati dalla conseguente confusione nei rispettivi ambiti».

Questo è quanto ha scritto l'**intersindacale della dirigenza Ssn** nella lettera inviata al ministro della Salute, alle Regioni e al comitato di settore per chiedere di «riconsiderare l'iter previsto per il provvedimento esaminato, prevedendo ulteriori e più specifici momenti di confronto sulle procedure da adottare, necessariamente supportati da studi di fattibilità in un più globale disegno di razionalizzazione degli effettivi fabbisogni, anche al fine di apportare al testo le necessarie modifiche».

Un freno motivato dal fatto - si legge nella lettera - che «nella sua impostazione generale l'articolato prevede, per competenze professionali che dovrebbero rispettare criteri uniformi a livello nazionale, una potenziale differenziazione nei diversi contesti regionali e in quelli locali, attraverso accordi pattizi sconosciuti alla legislazione in materia» e riconosce «alle singole Università una discrezionalità, fonte di ulteriore disomogeneità applicativa delle regole».

Una ulteriore criticità è legata all'ipote-

si di percorsi formativi confondibili con quelli di specializzazione universitaria previsti per l'area medica che «rappresenterebbero - secondo i sindacati - una legittimazione specialistica di quegli stessi master che hanno finora dimostrato di porsi in una prospettiva di completa indipendenza istituzionale rispetto alla formazione professionale del personale, talora autoreferenziando le proprie qualifiche formative».

Master che secondo i medici già potrebbero far pensare a una legittimazione «erronea» di «potestà "certificatorie" per l'infermiere che la legge riserva invece esclusivamente al medico, sostenendo che la compilazione infermieristica della scheda di triage in pronto soccorso in Emergenza territoriale rappresenti una certificazione stilata da pubblico ufficiale, mentre si tratta, a norma di legge, di un'attestazione redatta da incaricato di pubblico servizio».

Immediata la reazione dell'Ipasvi. «Non capisco da dove viene fuori il diritto di veto dell'intersindacale - ha dichiarato il presidente dei Collegi **Annalisa Silvestro** -, cosa c'entri la loro valutazione i cui contenuti non trovo sul documento. A che titolo l'intersindacale medica pone il veto? E' sovraordinata alle Regioni o al ministro?». «A questo punto - afferma - non è più un fatto tecnico, ma un fatto politico: non si vuole cambiare nulla, è evidente. Ma se si bloccano gli infermieri si blocca tutto e visto che abbiamo il pacchetto di maggioranza stavolta lo metteremo sul tavolo. O ci si spiega, ci si chiarisce oppure ci hanno dichiarato guerra? E noi, a malincuore, in guerra ci andiamo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CONGRESSO SIMG/ Il cambiamento dell'assistenza territoriale al centro del dibattito

Cure primarie chiavi di volta

Tagliano del 35% i ricoveri impropri - Parte «Viola»: Mmg contro la violenza

Cambiamento ed evoluzione sono termini quasi abusati in questi mesi. Il sistema salute non fa eccezione e risente di condizionamenti mai verificatisi negli ultimi 50 anni: l'esplosione delle malattie croniche, la drastica e drammatica riduzione delle risorse e, per contro, nuovi bisogni di salute della popolazione. Il cambiamento non si è fatto attendere a livello legislativo e le recenti disposizioni del ministro della Salute introducono elementi del tutto nuovi per l'assistenza ai cittadini. È destinata a esaurirsi la figura del medico di medicina generale che lavora con modalità tradizionali. I medici di famiglia saranno "obbligati" a lavorare in associazioni mono-professionali (aggregazioni funzionali territoriali) e multi-professionali (Unità complesse di cure primarie).

Il tema di fondo del 30° Congresso nazionale della Simg (Società italiana di medicina generale), che si è svolto a Firenze dal 21 al 23 novembre, è stato quindi il cambiamento, inteso in senso fattuale: dell'organizzazione, della formazione, delle competenze professionali e della valutazione dei risultati prodotti.

Le cure primarie rappresentano la vera alternativa all'estinzione del Servizio sanitario nazionale, che costa e non è più in grado di rispondere ai bisogni reali dei cittadini. La Simg è pronta a raccogliere la sfida e a portare il suo contributo per realizzare un nuovo modello di assistenza. La nostra visione delle cure primarie implica il passaggio dalla medicina "di attesa" a quella della "presa in cura", con la realizzazione di un modello a media intensità di cura e assistenza.

In accordo con le prassi del chronic care model, il team del-

le cure primarie esplora tutte le fasi del processo assistenziale in maniera proattiva e intercetta i bisogni di salute, prima che si trasformino in malattie. Prevede inoltre percorsi di cura e assistenza in grado di dare risposte integrate alle patologie croniche, alle loro complicanze e alle esigenze assistenziali. Un'organizzazione primaria efficace ha impatti significativi sul Ssn: consente di evitare ricoveri impropri in ospedale fino al 35% dei casi e intasamenti del pronto soccorso. Il ricovero ospedaliero e l'evento critico divengono una parentesi che impone il ricorso a una struttura complessa. La persona poi trova nelle nuove cure primarie un sistema che l'attende al domicilio predisponendo tutti gli interventi necessari.

Il 30° Congresso nazionale Simg ha toccato i temi centrali per la nostra professione: dall'ipertensione alla gestione del dolore, al diabete, all'osteoporosi, alla Bpco fino alla fibrillazione atriale. Una sessione speciale è dedicata al tema delle dipendenze: il medico di famiglia svolge infatti un ruolo fondamentale nell'individuazione di un nuovo modello per gestirle, grazie al rapporto privilegiato e continuo con gli assistiti.

Senza dimenticare la ricerca scientifica. Da più di 20 anni siamo impegnati in studi clinici, epidemiologici e sperimentali e in 10 anni abbiamo prodotto più di 150 articoli su riviste con alto impact factor. Abbiamo deciso di dedicare, nella giornata finale del Congresso, un workshop internazionale alla ricerca clinica in medicina generale, promosso dalla Fondazione Simg. È stato presentato un nuovo database, Full Search, che vuole analizzare tutti i determinanti decisivi della salute dei cittadini, rappresentati dall'alimentazione e dagli stili

di vita e dai comportamenti sociali.

Un altro tema centrale del Congresso, legato a fatti di cronaca, è stato la violenza domestica. È stata presentata "Viola", la prima campagna nazionale di sensibilizzazione sulla violenza domestica rivolta ai medici di famiglia. Possiamo diventare le sentinelle avanzate in grado di percepire e intercettare i fenomeni di violenza domestica, inclusa quella sulle donne. Il progetto si articola in diverse iniziative. Verrà distribuito un opuscolo informativo a 30.000 camici bianchi: troppo spesso la mancata conoscenza e la sottovalutazione del fenomeno inducono i professionisti a ignorare i segnali d'allarme. È importante che il medico di famiglia pratici lo "screening" su eventuali abusi per far emergere il problema attraverso il colloquio clinico, per poi registrarlo nella cartella informatizzata, solo così otterremo i dati di incidenza del fenomeno.

Infine grande spazio durante il congresso è stato dedicato alla formazione. La Scuola superiore delle Cure primarie della Simg è un progetto di grande respiro con cui vogliamo formare le nuove professionalità, gli esperti di management, di diagnostica e gestione clinica. E, anche in Italia, come già in altri Paesi, nel prossimo futuro serviranno medici di medicina generale con interessi speciali, cioè con competenze cliniche di secondo livello. Figure intermedie fra lo specialista e il medico di medicina generale, nel cui percorso formativo la Simg darà un contributo fondamentale.

Claudio Cricelli
presidente Società italiana
di medicina generale (Simg)

DIABETOLOGIA

La sfida più ardua in ogni continente

DI ELEUTERIO FERRANNINI *

Prevalenza e incidenza del diabete mellito (principalmente di Tipo 2 - prima noto come insulino-indipendente - ma anche di Tipo 1, insulino-dipendente) sono in aumento vertiginoso in ogni continente, in particolare nei Pvs e nelle comunità che da questi Paesi emigrano nei Paesi occidentali.

La sottostante epidemia di obesità è il fattore di rischio dominante di questo fenomeno. Tanto il diabete quanto l'obesità sono tipicamente associati a comorbilità, come l'ipertensione arteriosa e le dislipidemie, anch'esse frequenti nella popolazione generale. Entrambe predicono una sopravvivenza ridotta, soprattutto a causa di un'augmentata mortalità per malattie cardiovascolari e cancro. Il diabete è inoltre la causa più frequente di cecità e insufficienza renale cronica.

Del diabete si riconoscono la predisposizione poligenica, la natura progressiva e, nella gran parte dei casi, irreversibile, e la relativa resistenza al trattamento. Nel paziente diabetico come nell'obeso non diabetico, gli interventi sullo stile di vita sono spesso modestamente efficaci nel breve termine, ma generalmente falliscono già nel medio termine (sei mesi - un anno). La terapia farmacologica del diabete si è rapidamente arricchita: negli ultimi 15 anni, le classi di farmaci approvati sono passate da 3 (insulina, sulfaniluree, biguanidi) a 7-8 (inclusi diversi analoghi dell'insulina), con bersagli molecolari e meccanismi d'azione diversi. Molte altre molecole sono a vari stadi di sviluppo. La patogenesi multifattoriale del diabete (resistenza all'azione biologica dell'insulina, difetti della secrezione,

alterazioni degli ormoni gastrointestinali o incretine, sovraccarico metabolico, danni ossidativi sui vasi) fornisce bersagli multipli alla ricerca; l'espansione del mercato fa il resto. Ciononostante, il controllo metabolico della malattia diabetica rimane imperfetto e la prevenzione delle complicanze largamente inefficace.

Per l'obesità senza diabete, i farmaci a disposizione sono pochi e poco efficaci; oltre un certo limite, l'obesità è clinicamente irreversibile e può giovare solo della chirurgia bariatrica.

Da quanto sopra consegue che i costi - umani per il paziente e la sua famiglia - ed economici - per il sistema sanitario e per il paziente stesso - sono altissimi, in quanto generati sia dalle procedure (esami di laboratorio e di diagnostica funzionale) sia dalla terapia, della malattia in sé e delle sue complicanze. Comorbilità accertate più di recente includono la steatosi epatica ("fegato grasso"), con la sua frequente evoluzione verso la steatoepatite e la cirrosi epatica, e malattie psichiatriche (depressione e disturbi del comportamento alimentare), neurodegenerative e neurodegenerative (Alzheimer). In popolazioni che invecchiano, questa costellazione rappresenta la morbilità dominante e la sfida più ardua all'assistenza, pubblica e privata.

* Dipartimento di Medicina interna
Università degli Studi di Pisa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lorenzin: «Sarebbe un gran successo risparmiare 15 mld in cinque anni, ma firmerei per arrivare a 10»

Fuoco incrociato sui conti Ssn

Spending, Patto, costi standard, manovra: quel poker di scommesse salva-welfare

Niente tagli alla sanità nella legge di stabilità, ma i risparmi e le razionalizzazioni da qualche parte devono arrivare. E così mentre la manovra si dedica per lo più a ri-finanziare la non autosufficienza, il Patto per la salute si incrocia con la spending review del commissario Cottarelli e promette cambi di rotta nella gestione del Ssn in grado di rastrellare miliardi. Anche 10-15

secondo il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, che arriverebbero dalle nuove regole in cantiere per ospedali, gare per gli acquisti di beni e servizi, costi standard, e-health, Lea, farmaci e cure appropriate. Passando per la lotta agli sprechi e all'evasione dai ticket. Ma, mette in chiaro il ministro, «le Regioni non possono tirarsi indietro, ne va della sostenibilità del Ssn».

A PAG. 4

Incrocio di norme e intese per ottimizzare la gestione economica e l'assistenza

La Spending si fa col «Patto»

Subito i costi standard - E la stabilità punta a difendere la non autosufficienza

Tanto rumore per nulla. O quasi. Nel giovedì confuso in cui chiudiamo le pagine del settimanale una cosa è certa: i vischiosi dei meccanismi parlamentari e di lobby sono più attivi che mai. Tanto che il vortice di alzata d'ingegno che la settimana scorsa aveva dato per fatte mille manovre - ai danni o meno delle casse sanitarie - sembra essersi risolto in un nulla di fatto.

Degli emendamenti che avevano provocato una vera e propria alzata di scudi da parte delle imprese farmaceutiche, a esempio, sembra non essere rimasto più nulla.

E al momento non è ancora dato sapere se e quanto della partita cruciale sui costi standard finirà col confluire nella legge di Stabilità - come apparentemente auspicato dalle Regioni - ovvero per restare nella sede - inizialmente ritenuta più idonea - dell'Intesa Stato-Regioni sul Patto per la salute.

Nell'isteria collettiva di un metodo di lavoro che invece di semplificare l'iter ha aggiunto alla scrematura anche la procedura delle "nominazioni" da parte dei Gruppi (stile «Grande Fratello») una cosa almeno è emersa con chiarezza: i soldi per la non autosufficienza, almeno quelli, alla fine in qualche modo salteranno fuori.

Tanto poté lo spauracchio dell'emendamento **Silvestro, Dirindin&C** che degli stessi soldi è andato a caccia per una settimana minacciando gare territoriali sui farmaci equivalenti che (quasi) nessuno si sarebbe poi sentito di bandire. La conferma - tra fallaci annunci di ritiro dello stesso e baldanzose (e "politicamente corrette") prese di posi-

zione sulla strenua difesa dei suoi contenuti, in un'ottica pro-disabilità, è giunta alla fine dallo stesso presidente del Consiglio, **Enrico Letta**, che al termine della seduta dell'esecutivo di giovedì scorso - ampiamente dedicata ai nodi cruciali della Stabilità 2014 - ha annunciato che il Governo «ha deciso di presentare due emendamenti alla legge di Stabilità: uno per gli autotrasportatori e l'altro per il ripristino completo delle somme legate al capitolo della non autosufficienza, dentro cui stanno risorse per i malati di Sla che hanno dato vita a una giustificata protesta nei confronti del Governo e del Parlamento».

Qualche altra liretta ci sarà - almeno secondo le bozze degli emendamenti governativi finora conosciuti - anche per le politiche della famiglia e poco altro.

Ma la vera partita sui risparmi sembra essere stata definitivamente reindirizzata verso le sedi più o meno naturali di partenza: il Patto e la neonata spending review marca **Cottarelli**.

Sulle sorti di quest'ultima, per quanto attiene al capitolo Sanità, pesa la capacità fascinosa del percorso di razionalizzazioni e riqualificazioni del Ssn che il ministro Beatrice Lorenzin continua a difendere a spada tratta. «La nostra spending sarà il Patto per la salute», ha dichiarato venerdì in una intervista a «Il Sole-24 Ore».

«Sarebbe un grande successo se risparmiassimo 15 miliardi in 5 anni, ma ci metterei la firma se arrivassimo a 10 miliardi. Da reinvestire in sanità», ha dichiarato. E i capitoli a cui mettere mano nelle intenzioni del ministro sono dav-

vero tanti: dagli ospedali alle gare per gli acquisti, dai costi standard all'e-health, dai Lea ai farmaci, alle cure appropriate. Passando per la lotta agli sprechi e all'evasione dai ticket.

Tutto da fare occhi negli occhi con le Regioni: «Non potranno tirarsi indietro - ha sottolineato - ne va della sostenibilità del Ssn».

Tuttavia, anche nel piano presentato dal commissario per la spending alle Camere gli ingredienti sanitari non mancano: centrali d'acquisto per farmaci, beni e servizi, protocolli terapeutici e appropriatezza delle prestazioni, revisione dei Lea. E ancora: riorganizzazione della rete periferica dei servizi medici e veterinari, assistenza sanitaria al personale navigante, enti vigilati.

Solo «indicazioni», secondo Lorenzin. «Cottarelli - spiega il ministro - ha detto che vuole fare una commissione presieduta da persone del settore. Io gli ho proposto anche una questione di metodo. Bisogna spiegare ai cittadini che si chiede un sacrificio per ottenere un risultato. Il taglio alla spesa improduttiva deve servire almeno in parte a ridurre in

modo incisivo le tasse. Dopo la cura dimagrante degli ultimi anni (22 miliardi) i tagli lineari non servono più. Adesso sono necessarie la riorganizzazione e la riqualificazione della spesa e l'attuazione di misure che giacciono inapplicate».

I tavoli sulla spending partiranno subito per tutti: «Vorrei che il Patto anticipasse e accompagnasse il lavoro del Commissario - ha detto ancora Lorenzin -. Spero sia anche uno sprone per le Regioni a comprendere che è necessario dare risposte politiche e amministrative. I cittadini-pazienti non possono capire lentezze e ritardi che si traducono in sprechi e disservizi».

E da questa settimana si entra nel vivo. Il Patto per la salute - ribadisce la promessa istituzionale di ministro e Regioni - sarà approvato prima di Natale. Ancora prima o giù di lì ci dovrà essere il via libera ai costi standard, con la scelta delle Regioni benchmark da utilizzare già per il riparto del Fsn 2013. Nei giri di valzer sulla scelta delle protagoniste è data sempre per certa la presenza di Umbria e Marche mentre si ipotizzano la rinuncia da parte dell'Emilia Romagna e l'avvento di una delle due Regioni leghiste - Lombardia o Veneto - con un pronostico che dà in vantaggio la prima.

«Nel Patto stiamo lavorando a un'idea di spending all'inglese, per rendere il Ssn sostenibile e capace di reggere la sfida della longevità e della competizione con gli altri Stati, aperta dalla direttiva sulle cure transfrontaliere» - conclude Lorenzin, decisa a fare le veci di Cottarelli in casa propria -. «Per farlo serve un cambiamento di mentalità da parte di tutti, a cominciare dalle Regioni. Se a esempio riusciamo a risparmiare un 20% con le gare centralizzate sugli acquisti di beni e servizi, dobbiamo capire dove lo reinvestiamo. Si può puntare sulla ricerca scientifica, per accrescere il capitale di know-how che crea valore economico. O sulle infrastrutture tecnologiche e sanitarie. O ancora sulla deospedalizzazione, che fa risparmiare. Per migliorare la qualità della spesa e investire su ciò che davvero serve, mano a mano che risparmiamo, dobbiamo allocare le risorse nei settori del sistema che ci interessa valorizzare e "spingere"».

Reinvestendo cioè una volta tanto in casa quello che resta dopo aver tirato una volta ancora la cinghia.

**Paolo Del Bufalo
Sara Todaro**

Analisi delle gare Consip 2011-2013 (settembre) per Regione (milioni di euro)

Regioni *	Importo bandito	Di cui sanità	N. lotti	Regioni *	Importo bandito	Di cui sanità	N. lotti
Piemonte	1.139,1	910,3	1.437	Toscana	3.466,9	1.664,6	5.550
Valle d'Aosta	147,1	67,4	409	Umbria	62,3	61,6	103
Lombardia	1.822,2	71,2	1.063	Marche	434,8	309,8	827
Bolzano	724,2	446,9	1.302	Lazio	1.314,8	376,0	511
Trento	1.224,4	439,2	2.100	Molise	316,2	294,0	426
Veneto	1.724,5	1.430,4	1.409	Campania	3.032,3	2.823,8	1.567
Friuli V.G.	1.074,7	716,3	2.310	Puglia	79,9	0,0	150
Liguria	242,6	218,8	138	Basilicata	263,1	78,9	492
Emilia R.	2.589,8	1.313,6	1.611	Calabria	733,4	254,9	635
				Totale	20.392,3	11.477,7	22.040

(*) Il totale riguarda gli enti abilitati secondo la legge 499/1999 e altri soggetti aggregatori di domanda. Per gli enti abilitati l'intervento Consip è al 100%, per gli altri al 75% circa.

Gli effetti delle ultime manovre (dal 2011) in sanità (milioni di euro)

	2011	2012	2013	2014	2015	Totale
Copertura del fabbisogno finanziario al lordo della medicina penitenziaria						
A. A carico del bilancio dello Stato	107.923	110.512	112.393	116.236	119.856	
Riduzione finanziamento per manovre personale e farmaceutica (DI 78/2010 + DI 98/2011)	-1.018	-1.732	-3.100	-5.450	-5.450	-16.750
B. Copertura fabbisogno sanitario a carico dello Stato, al netto effetto DI 78/2010 e DI 98/2011	106.905	108.780	109.293	110.786	114.406	
Ulteriori risorse per Opg e regolarizzazione stranieri al netto visite fiscali		81	115	115	115	
C. Copertura fabbisogno a carico dello Stato di cui alla lettera B) al lordo ulteriori risorse		108.861	109.408	110.901	114.521	
Riduzione livello di finanziamento da articolo 15 DI 95/2012 (Spending review)		-900	-1.800	-2.000	-2.100	-6.800
D. Totale finanziamento a cui concorre lo Stato dopo il DI Spending review *		107.961	107.608	108.901	112.421	
Riduzione finanziamento legge di stabilità 2013			-600	-1.000	-1.000	-2.600
E. Totale finanziamento a cui concorre lo Stato dopo la legge di stabilità 2013			107.008	107.901	111.421	
Totale effetti finanziari manovre	-1.018	-2.632	-5.500	-8.450	-8.550	-26.150

(*) Il livello di finanziamento non comprende l'incremento a seguito del trasferimento al Ssn delle funzioni di assistenza sanitaria al personale navigante (Sasn) a decorrere dal 2013 (Legge di stabilità modificata dalla legge 189/2012).
Nota: I 2.000 euro di minori finanziamenti previsti per il 2014 dalla spending review (legge 135/2012) sono i ticket in applicazione della legge 111/2010 ora soppressi con la legge di stabilità 2014 e il finanziamento indicato in 107,9 miliardi dovrebbe salire a 109,9 miliardi come richiesto di specificare dalle Regioni.

ALL'ISTITUTO NEUROLOGICO BESTA GRUPPO DI LAVORO INTERNAZIONALE

Nuova classificazione per le distonie

È possibile ripensare la definizione e la classificazione di una malattia, anche se nota già da oltre cento anni? In neurologia può accadere: con l'evolversi delle conoscenze, infatti, evolvono anche le relative classificazioni, poiché la complessità delle informazioni a disposizione impone salti innovativi per riuscire a classificarle. È quanto successo all'Istituto neurologico "Carlo Besta" per le distonie, un disturbo del movimento poco conosciuto e poco diagnosticato, ma non raro. Una nuova classificazione per una patologia non è, va precisato, un puro esercizio intellettuale ma porta vantaggi anche per i pazienti: essa, infatti, organizza l'osservazione clinica e chiarisce la descrizione eziologica, facilitando il riconoscimento degli aspetti rilevanti. Questo innovativo schema di classificazione agevola la gestione clinica, costituendo la base di un percorso omogeneo che può facilmente essere sviluppato all'interno di un protocollo diagnostico e terapeutico.

Oggi, si calcola che in Italia vi siano almeno 100.000 pazienti con distonia ma la variabilità del quadro clinico rende difficile calcoli epidemiologici. Le distonie sono caratterizzate da contrazioni muscolari sostenute o intermittenti, con posture o movimenti anormali, spesso a carattere ripetitivo. Questo disturbo ha colpito la fantasia di

artisti che, in particolare, ne hanno descritto la forma più frequente: la distonia cervicale. I movimenti che ne risultano sono così strani e infastiditi che Dante ha ritenuto che la distonia cervicale fosse una punizione degna dell'inferno (per gli indovini), mentre Rabelais ne ha fornito una descrizione ironica inventando il termine "torcicollo" entrato poi nel linguaggio comune. La distonia può colpire qualunque distretto corporeo e anche generalizzare, rendendo taluni malati completamente disabili.

La prima descrizione risale al 1911 e la prima sintesi delle caratteristiche cliniche è del 1984. La varietà dei quadri clinici della distonia e delle sue cause ha creato notevoli difficoltà di classificazione. Il disturbo del movimento è causato da un'alterazione del software attivo nei gangli della base, i centri deputati a programmare i movimenti all'interno del cervello. Le classificazioni realizzate finora hanno tenuto conto della complessità clinica, sistematizzando l'ampio spettro di forme cliniche di distonia, e hanno correlato le diverse possibili presentazioni a un elevato numero di cause genetiche o ambientali. Ne è derivato un sapere dotto e complesso, con lunghe liste di forme rare, difficile da trasmettere al di fuori di una cerchia ristretta e da insegnare ai giovani.

Questo era lo scenario quando nel 2011 ho raccolto un gruppo di esperti internazionali per elaborare

una nuova classificazione delle distonie. L'idea era che, riunendo i maggiori esperti del settore, si sarebbe facilmente arrivati a un consenso, poiché alcuni avevano già pubblicato classificazioni che avevano poche differenze tra loro. In realtà, i lavori sono stati complessi. Per sciogliere questo stallo è stata necessaria un'idea innovativa, che verosimilmente servirà da modello anche per altre malattie neurologiche.

Il primo obiettivo è consistito nel concordare una definizione della distonia, che includesse l'ampia variabilità dei sintomi, cogliendo e codificando i segni caratteristici di questo disturbo motorio, che a prima vista può apparire strano e bizzarro. Si è poi preso atto della necessità di fornire una sistematizzazione sia della fenomenologia dei movimenti anormali che delle loro molteplici cause e il comitato internazionale ha quindi proposto una classificazione in due assi, il primo per le caratteristiche cliniche del paziente, il secondo per le cause di malattia.

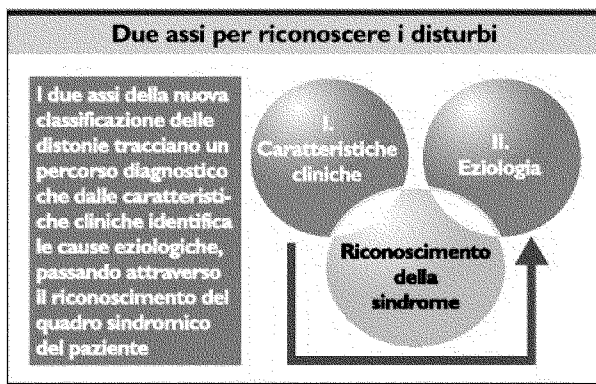
Alcune delle caratteristiche cliniche non variano, a esempio l'età di esordio e la progressione; altre, invece, possono mutare nel tempo. Il numero di parti del corpo interessate dalla distonia può aumentare, possono aggiungersi altri disturbi del movimento o altri sintomi neurologici. Ne deriva una fotografia clinica del paziente utile anche per

seguire l'evoluzione della malattia nel tempo. L'accurato riconoscimento delle caratteristiche cliniche (asse I) fornisce la base per identificare l'aggregazione sindromica e orientare gli esami di laboratorio, giungendo così alla caratterizzazione eziologica secondo l'asse II. L'asse II classifica le cause delle distonie in base ad alterazioni patologiche, che eventualmente indichino una condizione degenerativa o l'esistenza di lesioni strutturali dell'encefalo, e al fatto che il disturbo sia ereditato o acquisito. Molti casi di distonia rimangono ancora classificati come da causa ignota e la nuova classificazione ha proprio lo scopo di facilitare l'identificazione di geni o altri fattori causali, che consentano di riconoscere l'eziologia di quanto osservato.

Non si tratta di un'iniziativa isolata, come dimostrano le nuove classificazioni di tremore e sindromi parkinsoniane, anch'esse concepite su due assi: esiste, infatti, una nuova tendenza nella classificazione di alcune malattie neurologiche, in cui le distonie forniscono il primo esempio, che permetterà di rendere più omogeneo l'approccio alla diagnosi e al trattamento dei pazienti.

Alberto Albenese
direttore dell'Unità di disturbi
del movimento dell'Istituto
neurologico "Carlo Besta"

© RIPRODUZIONE RISERVATA





La rivista "Nature Neuroscience" denuncia le norme italiane contro gli esperimenti sulle cavie, dopo le proteste degli animalisti

TAGLI, LEGGI E IGNORANZA TUTTI I NEMICI DELLA RICERCA

ELENA DUSI

Il taglio dei finanziamenti, le condanne dell'Aquila, il caso Stamina, la legge sulla sperimentazione animale. Sono tutti episodi con un minimo comun denominatore: l'Italia non sembra essere un paese per scienziati. Alla conclusione arriva un duro editoriale che la rivista *Nature Neuroscience* dedica al nostro paese. «La ricerca biomedica italiana sotto attacco» è il titolo dell'articolo, che parte scrivendo: «Gli ultimi due anni sono stati un periodo molto duro per gli scienziati italiani». L'editoriale prosegue citando la nuova «legge miope» sulla sperimentazione animale come «uno degli ostacoli insuperabili», capace di «minare alle fondamenta quasi tutta la ricerca biomedica del paese». E conclude puntando il dito anche contro gli scienziati, «colpevoli di non aver spiegato in termini adeguati i metodi e i fini della loro ricerca, facendo sì che false informazioni e sfiducia si diffondessero tra la popolazione».

Nature è un gruppo editoriale che ha sede a Londra e insieme alla rivista americana *Science* pubblica tutti i più importanti risultati scientifici ottenuti nel mondo. Nei suoi editoriali non è mai stata tenera con l'Italia. Lo scorso aprile ci

ha accusato di avallare il metodo Stamina «usando i pazienti come animali da esperimento». Ma tranne ombre, la rivista ha anche riconosciuto le nostre luci. Due giorni fa il direttore Philip Campbell era al Quirinale per consegnare il «Nature Award for Mentoring in Science» a tre importanti scienziati italiani, scelti per la loro bravura nel formare giovani allievi.

Michela Matteoli, premiata lunedì al Quirinale con due colleghi, fa ricerca sulle sinapsi del cervello all'università di Milano. Così pro-

**Venerdì il gruppo
"Animal Amnesty"
darà l'assalto
all'Istituto Mario
Negri di Milano**

va a spiegare la contraddizione di un paese premiato per la bravura dei suoi maestri ma additato (sempre secondo *Nature Neuroscience*) per «il profondo fossato che divide gli scienziati italiani dal loro governo». «La scienza in Italia ha delle punte di diamante nonostante i grandi ostacoli che la politica pone sul nostro cammino». Anche

Campbell sottolinea la natura dottor Jekyll-mister Hide della nostra ricerca. «L'Italia sta diventando sempre più ostile alla scienza e agli scienziati, attraverso tagli dei fondi e restrizioni legislative. Questo non fa presagire bene per il vostro futuro economico». Eppure «il paese produce molti scienziati di valore mondiale. Spero che loro sentano la nostra solidarietà e che la corrente della politica viri in loro favore».

I venti che tirano per ora sono piuttosto di guerra. E dopo la giornata di Roma lunedì, con i malati di Stamina che hanno versato il loro sangue di fronte a Montecitorio, un'altra giornata di battaglia è prevista per venerdì a Milano. Il gruppo «Animal Amnesty» ha organizzato una marcia verso l'Istituto Farmacologico Mario Negri, che utilizza animali per le sue sperimentazioni. Gli autobus degli attivisti partiranno da una decina di città. E dopo il precedente dello scorso 20 aprile, quando un gruppo di animalisti fece irruzione nel dipartimento di farmacologia dell'università di Milano liberando i topolini e un coniglio, questa volta la questura ha imposto il suo stop. «Per motivi di sicurezza» scrive Animal Amnesty su Face-

book - non sarà possibile chiudere il corteo in prossimità dell'Istituto. Il punto d'arrivo è spostato a oltre un chilometro dal Mario Negri». «Lo scopo è quello di intimidirci, ma si otterrà l'effetto contrario».

La controversa legge sulla sperimentazione animale nasce da una direttiva europea del 2010. Nonostante Bruxelles vietasse ulteriori inasprimenti delle norme, l'Italia ha inserito vari emendamenti restrittivi. Il testo modificato è uscito dal Parlamento il 6 agosto ed è stato approvato solo in via preliminare (quindi non è ancora effettivo) dal Consiglio dei Ministri giovedì scorso. Prevede il divieto di allevare e di usare in laboratorio cani, gatti e primati (già oggi l'80% delle cavie usate in Europa sono topi e ratti) e obbliga a somministrare analgesici prima di ogni procedura, iniezioni incluse. La norma della legge 96 del 6 agosto 2013 che inquieta gli scienziati e che ha spinto *Nature Neuroscience* a parlare di «attacco alla ricerca italiana» è però un'altra: quella che «vieta l'utilizzo di animali per gli xenotrapianti».

Gli xenotrapianti sono trapianti di cellule od organi da una specie all'altra. Buona parte della ricerca oncologica oggi si svolge prele-

vando delle cellule dal tumore di un paziente e impiantandole nei topolini, per seguire nell'animale andamento della malattia ed effetto delle cure. «La nuova legge ostacolerebbe la ricerca di nuove terapie contro il cancro. Il problema riguarda gli xenotrapianti, ma anche i test di tossicità dei nuovi farmaci. In Italia un laboratorio su due, fra quelli che effettuano ricercapreclinica, vedrebbero il loro lavoro compromesso» spiega Pier Paolo Di Fiore, ex direttore dell'Istituto di ricerca oncologica Ifom e professore all'università di Milano.

Contro questa eventualità, i ricercatori dell'associazione "Pro Test" hanno manifestato il 19 settembre a Montecitorio e hanno organizzato conferenze nei prossimi giorni in varie città. Tutti i direttori degli Istituti di ricerca oncologica in Italia hanno firmato la petizione della Federazione italiana scienze della vita. Un'altra raccolta di firme su www.salvalasperimentazioneanimale.it ha raggiunto 13 mila adesioni. Il 29 novembre la sede del Cnr ospiterà il convegno "Spera - Sperimentare per curare" per trovare metodi efficaci di comunicazione del ruolo della sperimentazione animale. «In realtà ci siamo sempre sforzati, eccome di spiegarlo» dice Matteoli, che lavora nel dipartimento assaltato ad aprile. «Ma di fronte all'uso dell'emotività non abbiamo strumenti. I servizi in tv parlano di sperimentazione mandando in onda immagini di gattini maltrattati. Ma noi usiamo topi, e seguiamo fior di controlli e precauzioni, previsti già dalla legge attuale». E proprio la mancanza di "comprensione reciproca" fra cittadini, ricerca e politica, sottolinea *Nature*, è il tratto comune che lega tutti gli episodi degli "anni orribili" vissuti dalla scienza in Italia.

Caro presidente, caro premier ecco perché il nostro paese sta morendo

ELENA CATTANEO

Il mondo ci guarda esterrefatto. L'editoriale di *Nature Neuroscience* addita l'Italia come un esempio negativo a cui gli altri paesi occidentali devono guardare per evitare di fare la stessa fine. L'oggetto della reprimenda è la legge sulla sperimentazione animale votata dal Parlamento italiano che, di fatto, fermerà ogni sviluppo della ricerca biomedica, nel senso che comporterà un peggioramento delle capacità di lavoro dei nostri gruppi di ricerca. Peggiorerà la loro capacità di attrarre con la forza delle loro idee finanziamenti stranieri: nostri soldi che andranno quindi alle ricerche - anche sugli animali - degli altri Paesi. Ebbene, se si cercano risposte sul perché molti giovani, scienziati ma non solo, fuggono dall'Italia, ecco la risposta. Con queste leggi, il Paese non solo umilia la scienza e la cultura, ma umilia i nostri figli, suggerendo loro che il loro impegno e i loro studi a questo Paese non servono. Queste "non scelte" politiche lasciano frastornati i colleghi all'estero, abituati a lavorare con scienziati italiani internazionalmente stimati e competitivi. Ci chiedono: ma come è possibile che versi in condizioni così pietose il Paese dove lavorano Luigi Naldini, che a Milano ha messo a punto un'avanzatissima terapia genica che utilizza alcuni

virus modificati, o Michele De Luca che con il suo Centro di Medicina Rigenerativa a Modena, insieme al San Raffaele, ha sviluppato trattamenti straordinari con staminali per due condizioni di malattia, oppure Giacomo Rizzolatti, un neuroscienziato che alla soglia della pensione ha sbaragliato la ferrea competizione dello European Research Council e che tutto il mondo ci invidia per la spettacolare scoperta dei neuroni specchio (usando scimmie) e che ora punta a capire l'autismo. Potrei andare avanti a lungo. Forse non tutti si rendono conto di quanto arido sia il nostro deserto. Gli stranieri che ci offrono opportunità lontano da qui si chiedono perché continuiamo a restare. E si prendono i nostri giovani. Ma noi, meno giovani, continuiamo a sentire il dovere di restare e lottare, anche in nome di una Costituzione che prevede il diritto di fare ricerca. Avendo conosciuto, anche sulla mia pelle, lo sfacelo di leggi antiscientifiche, mi chiedo come l'Italia riesca ancora a dare alla luce a scoperte e scienziati così unici al mondo. Signor Presidente del Consiglio, Signor Presidente della Repubblica, non so dirvi per quanto resisteremo. Bisogna far qualcosa. Il Paese muore.

biologa e senatrice a vita

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I casi



TAGLI ALLA RICERCA

Nel 2013 e 2014 previsti tagli per 88 milioni all'anno, per un totale di 176 milioni. Nel nostro Paese si investe solo l'1,26% del Pil



IL CASO STAMINA

La Camera ha approvato l'avvio della sperimentazione del metodo Stamina, la cui efficacia è contestata dalla comunità scientifica



ANIMALI

La nuova legge vieta di allevare e usare in laboratorio cani, gatti e primati. Inoltre si vieta l'utilizzo di animali per gli xenotrapianti



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Le questioni dei servizi

Piano sociale, verso la conferma del commissario

Oggi sarà ufficiale la nomina di De Mela dopo il congelamento per vizio procedurale

Antonello Plati

Sarà Luigi De Mela il commissario ad acta del Piano sociale di zona dell'Ambito territoriale A4. L'incarico, prima reso noto con la pubblicazione sul Bollettino ufficiale delle regioni Campania poi congelato ieri per un vizio procedurale, entro oggi sarà ufficializzato da un provvedimento ad hoc dell'assessore regionale alle Politiche sociali, Ermano Russo, che potrebbe indicare anche Caterina Borrelli come responsabile della struttura organizzativa. La nomina giunge dopo il mancato accordo sulla programmazione dei servizi socio-sanitari per il welfare locale 2013-2015 tra i 16 Comuni del nuovo Ambito ridisegnato da Palazzo Santa Lucia lo scorso anno. Domani alle 10 il Commissario sarà ad Avellino per incontrare il primo cittadino, Paolo Foti, e concordare la convocazione degli altri sindaci.

Nato a Nocera Inferiore, dipendente della giunta regionale nel settore «Monitoraggio, informazione e valutazione» e attualmente responsabile della posizione organizzativa per la «Gestione del ciclo integrato dei rifiuti», De Mela dovrà provvedere, in sostituzione degli ordinari organi comunali, alla gestione del Piano sociale di zona che riguarda i comuni di Avellino, Altavilla Irpina, Capri-glia Irpina, Cervinara, Chianche, Grottolella, Montefredane, Petruro Irpino, Pietrastornina, Prata di Principato Ultra, Pratola Serra Roccabascerana, Rotondi, San Martino Valle

Caudina, Torrioni e Tufo. «Purtroppo non si è riusciti ad arrivare a un accordo con gli altri sindaci dell'Ambito. - commenta l'assessore alle Politiche sociali e vicesindaco di Avellino, Stefano La Verde - Da parte nostra c'è stata la massima disponibilità e riteniamo di aver seguito le direttive della Regione. Ci siamo impegnati a garantire il mantenimento dei posti di lavoro, dando comunque priorità all'erogazione dei servizi sociali per le fasce deboli». L'assessore esprime più di una perplessità sul comportamento degli altri sindaci, «molti dei quali non hanno mostrato senso di responsabilità». Sulla sospensione da parte della direzione generale dell'Asl di Avellino dei servizi di assistenza domiciliare integrata, La Verde parla di «scelta immotivata, in un momento di grave difficoltà e di disagio che attraversa la nostra Provincia» e auspica «un ripensamento sulla decisione».

Sul sistema salute in provincia c'è «grossa apprensione» anche da parte della Cgil di Avellino. Marco D'Acunto, segretario provinciale Cgil Funzione Pubblica, denuncia la «mancanza di una reale azione di riforma capace di aggredire gli sprechi, di coniugare bilancio assistenziale e bilancio economico al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza complessiva dei servizi socio sanitari in Irpinia». Le politiche dell'Asl di Avellino, secondo D'Acunto, «sono state attuate con metodo monocratico dal direttore generale», Sergio Florio. Mentre il segretario provinciale dello stesso

sindacato, Vincenzo Petrozziello accusa l'Asl di «non aver avviato alcun confronto reale e serio con le organizzazioni sindacali, tagliando servizi a seguito di un approccio esclusivamente ragionieristico». Per questo i sindacalisti chiedono una verifica sull'attività di riorganizzazione dell'Asl, un tavolo di contrattazione con il direttore generale dell'Azienda e un imminente incontro con il sindaco di Avellino, Paolo Foti.

Quest'ultimo proprio questa mattina, in seconda convocazione, alle 11 presso la sala consiliare del Comune di Avellino, presenzierà alla Conferenza dei sindaci dell'Asl, durante la quale sarà eletto il Comitato di rappresentanza e saranno affrontati i nodi della riorganizzazione del sistema sanitario in provincia. Manifesta «grande preoccupazione», in particolare «per la situazione di molti cittadini che si sono visti negare dall'Asl fondamentali servizi di assistenza sanitaria», Fausto Picone, vicesindaco di Candida, secondo il quale «le scelte compiute dal direttore generale dell'Asl, Sergio Florio, sono ancora più inaccettabili se considerate alla luce della sua decisione di restituire alla Regione 30 milioni di euro destinati alle strutture sanitarie e ospedaliere irpine. Da amministratori pubblici non possiamo restare a guardare». Pretenderà «chiarezza» dalla Conferenza dei sindaci e «in particolare dal sindaco di Avellino Paolo Foti», Pasquale Gallicchio, consigliere comunale e segretario del Pd di Bisaccia, per comprendere «quanto sta accadendo nel comparto sanitario della provincia di Avellino».

La polemica
Per la Cgil,
servizi gestiti
«con metodo
monocratico
dal dg Florio
con danni
per l'utenza»



L'assessore Stefano La Verde, responsabile delle Politiche sociali nella giunta di Paolo Foti

AZIENDA SANITARIA NAPOLI 3 SUD: AL VIA PIANO ANTICORRUZIONE

Prende il via il piano

Triennale di Prevenzione della Corruzione alla Asl Napoli 3 Sud. E comincia la consultazione pubblica per proposte ed osservazioni. L'obiettivo principale è la promozione della partecipazione attiva di tutti i portatori di interesse delle attività e dei servizi offerti.

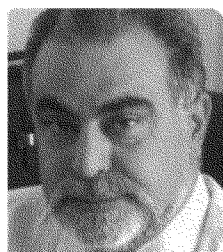
In quest'ottica, l'Asl Napoli 3 Sud (che vede impegnato come direttore generale **Maurizio d'Amora**), in vista dell'approvazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, a partire da quest'oggi e fino al 27 dicembre, avvia una consultazione pubblica per raccogliere i contributi e i suggerimenti di tutti gli attori del sistema sanitario.

Il secondo Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione Asl Napoli 3 Sud dovrà essere approvato entro il 31 gennaio 2014 ai sensi della legge 6 novembre 2012 numero 190 per prevenire fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri di diligenza e lealtà a servizio esclusivo dell'interesse pubblico.

L'avviso pubblicato sull'home page del sito internet istituzionale www.aslnapoli3sud.it prevede uno specifico link per la partecipazione, con tutte le informazioni necessarie e gli approfondimenti.

Tutti i contributi, le riflessioni e le proposte di miglioramento potranno essere trasmesse agli indirizzi: relazionipubbliche@aslnapoli3sud.it. - Pec relazionipubbliche@aslnapoli3sud.it fax: 081-8729032.

E' possibile anche scrivere per posta ordinaria all'indirizzo: Asl Napoli 3 Sud Uoc Relazioni con il Pubblico, via Alcide De Gasperi, 167 80053 Castellammare di Stabia (Napoli).



Maurizio d'Amora

La sanità

Assistenza domiciliare aumentate le visite

Simona Paolillo

L'assistenza domiciliare dell'Asl Salerno è cresciuta nonostante i tagli regionali. Sono aumentate le visite medico specialistiche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali. Il fabbisogno resta alto e non è pienamente soddisfatto ma i numeri dell'Asl mostrano che una migliore organizzazione ha consentito l'incremento delle prestazioni. Lo ammette lo stesso direttore generale, Antonio Squillante «il risultato mostra che abbiamo raggiunto un livello massimo, abbiamo esaurito tutti gli sforzi ma adesso il blocco del turn over ci frena e dobbiamo trovare altre soluzioni». Gli sforzi fatti dall'Asl Salerno si sintetizzano nell'incremento di circa il 13% di casi trattati. I dati sono quelli del 2012. Rispetto all'anno precedente si sono registrati 1112 casi trattati in più di cui 8340 l'assistenza domiciliare agli anziani e 1866 quella per i malati terminali nel corso del 2012.

La sanità Migliorano i piani di assistenza anche per i malati terminali. Picco a Eboli

Anziani, visite domiciliari in crescita

In un anno 1.112 utenti in più al Distretto di Salerno il record delle prestazioni

Simona Paolillo

L'assistenza domiciliare dell'Asl Salerno è cresciuta in tutto il territorio, nonostante i tagli regionali. Sono aumentate le visite medico-specialistiche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali.

Il fabbisogno resta alto e non è pienamente soddisfatto ma i numeri dell'Asl mostrano che una migliore organizzazione ha consentito l'incremento delle prestazioni. Lo ammette lo stesso direttore generale, Antonio Squillante «il risultato mostra che abbiamo raggiunto un livello massimo, abbiamo esaurito tutti gli sforzi ma adesso il blocco del turn over ci frena e dobbiamo trovare altre soluzioni».

Gli sforzi fatti dall'Asl si sintetizzano nell'incremento di circa il 13% di casi trattati. I dati sono quelli del 2012. Rispetto all'anno precedente si sono registrati in termini assoluti 1112 casi in più, passando da 8570 casi trattati del 2011 a 9682 dell'anno successivo.

Da un anno all'altro, l'assistenza domiciliare agli anziani ha registrato 1187 pazienti in più e 892 sono i casi dell'assistenza ai malati terminali. Nel 2011, l'assistenza domiciliare per gli anziani arrivava a 7153 utenti della terza età e 974 malati terminali.

Tra i distretti sanitari quello di Salerno con i suoi 1883 casi è quello che offre maggiore assistenza, seguito dal distretto di Eboli con 1190 utenti e Battipaglia con 1065 casi trattati. Dei casi trattati la concentrazione maggiore di assistenza è quella destinata agli anziani. Nel distretto di Salerno per esempio, l'assistenza per gli anziani copre ben l'84% ed il resto è dedicato ai malati terminale.

Per il distretto di Battipaglia la percentuale supera il 90% mentre per quello di Eboli scende all'87%. Nonostante tali percentuali, il distretto di Eboli, tra tutti quelli che ricadono nel perimetro dell'Asl Unica è quello che



Cura Assistente sociale accudisce un'anziana; migliorano le prestazioni dei servizi sociali nel Salernitano

I numeri

DISTRETTI	N° CASI TRATTATI	di cui ANZIANI	di cui MALATI TERMINALI
Nocera Inferiore	390	369	118
Scafati	526	495	198
Pagani	346	314	139
Cava-Costiera	517	458	191
Eboli	1.190	1.046	355
Battipaglia	1.065	967	108
Salerno	1.883	1.587	231
Mercato S. Severino	248	153	95
Giffoni V.P. /Pontec.	577	419	40
Roccardaspide/Capaccio/Agropoli	983	827	91
Vallo Della Lucania	786	637	74
Capri / Camerota	706	649	221
Polla /Sala Consilina	465	419	5
TOTALE	9.682	8.340	1.866

ANSA - **certimetri**

riveste maggiore attenzione per i malati terminale. Qui i casi trattati arrivano a 355. Un numero che si distacca molto da quello registrato dagli altri distretti. Secondo i dati raccolti presso l'ufficio di via Nizza dell'Asl Salerno, dopo il distretto sanitario n.64, per cure domiciliari ai malati terminali c'è il distretto 66 di Salerno con 231 casi e poi subito dopo, c'è il distretto n.71 di Sapri e Camerota con 221 casi trattati.

La maglia nera per assistenza domiciliare ai malati terminali va al distretto n.72 di Polla e Sala Consilina che nel 2012 si è occupato di soli 5 malati terminali. Restano basse anche le prestazioni del distretto n.68 di Giffoni Valle Piana e Pontecagnano con 40 casi oltre che quelli del distretto di Vallo della Lucania, che nonostante la densità abitativa ha soddisfatto la richiesta di cure domiciliari solo di 74 persone malate terminali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il manager
Squillante
«Fondi Cipe
per i servizi»

L'assistenza domiciliare integrata è nel bando che a breve il manager Squillante pubblicherà per reperire da società esterne competenze necessarie a coprire le necessità del territorio. Squillante lo anticipa dichiarando che ci sono anche le risorse. Sono i fondi del Cipe su cui c'è già l'autorizzazione regionale ad essere utilizzati per l'assistenza domiciliare. «È l'unico modo per potenziare i servizi e poi chiariamo – chiosa il diggi – si va ad integrare non a sostituire chi fa già l'assistenza».

La storia

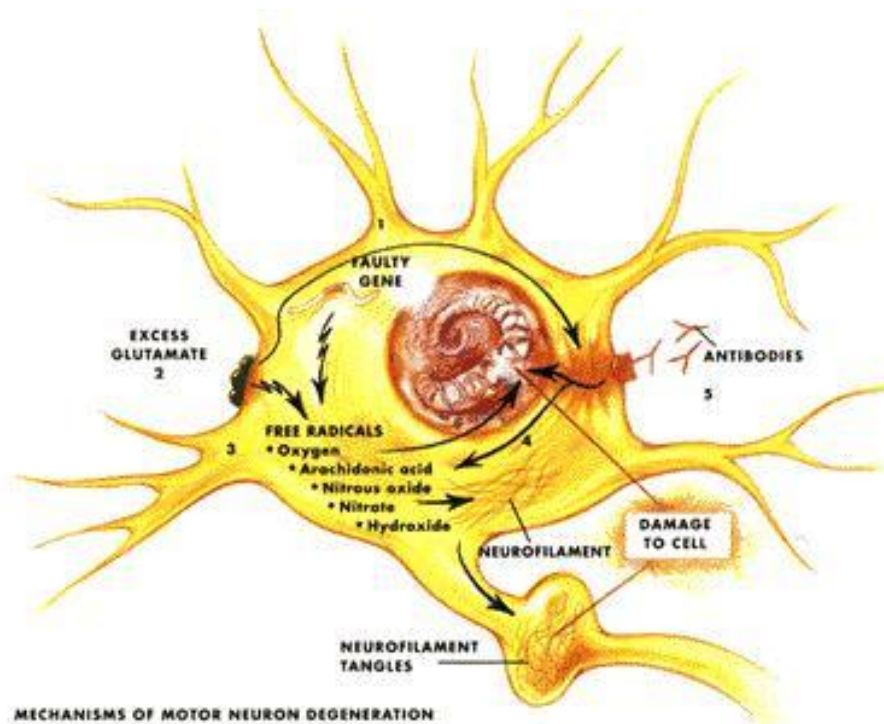
Ultimatum dall'Asl poi mille polemiche

Il 30 ottobre l'ultimatum del manager Asl Squillante agli amministratori e ai sindacati della Piana del Sele: una proposta condivisa per tagliare i reparti doppione, oppure decido da solo. Il sindaco di Eboli ha polemizzato col manager, la Cisl ha avanzato una proposta che ha incontrato invece il favore dei vertici Asl. La settimana scorsa un'altra proposta è giunta da Cgil e Uil.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Registri e risk sharing pesano l'outcome

DI ALDO PIETRO MAGGIONI *

Nonostante i progressi ottenuti negli ultimi venti anni su trattamento e prevenzione delle patologie cardiovascolari, rimangono aree di incertezza terapeutica e bisogni inevasi in particolare per i pazienti con scompenso cardiaco acuto e per la porzione, non irrilevante, dei non-responder alle terapie già in uso.

Nello specifico, i ricoveri per scompenso cardiaco acuto sono la causa più frequente di ricovero nel nostro paese nei soggetti con età superiore ai 65 anni, e quella che determina i maggiori costi indipendentemente dalle fasce di età. Per questi pazienti, nelle linee guida internazionali recenti, non esistono raccomandazioni di trattamento basate su solide evidenze da trial clinici ma solo raccomandazioni derivate dall'esperienza clinica. La povertà di trattamenti evidence-based è testimoniata anche dal fatto che solo due farmaci (uno negli Stati Uniti, la nesiretide e uno in Europa, il levosimendan) sono stati ammessi all'utilizzo clinico negli ultimi 15 anni. Questa condizione clinica ad alta mortalità (20-30% nel primo anno dopo la dimissione) e morbidità (50-60% dei dimessi vivi è ricoverato almeno una volta nell'anno che segue la dimissione) necessita urgentemente di soluzioni terapeutiche.

Almeno tre molecole sono in sperimentazione in fase 3, testate in studi di morbidità/mortalità. Auspicabilmente, nel caso di risultati favorevoli, questi farmaci saranno disponibili nel prossimo futuro. Sempre nell'ambito dello scompenso cardiaco, sono in studio device per la correzione per via percutanea delle malattie valvolari associate alla insufficienza cardiaca e per il monitoraggio continuo di parametri, la cui conoscenza può essere utile a prevenire i peggioramenti emodinamici causa di ricovero. Questi ultimi device, se i risultati saranno favorevoli, oltre a ridurre l'incidenza di re-ospedalizzazioni, potrebbero anche rivoluzionare la gestione ambulatoriale dei pazienti con scompenso.

Un altro problema aperto è quello della gestione della prevenzione di eventi cardiovascolari nei non-responder a esempio al trattamento con le statine. Saranno prossimamente disponibili farmaci probabilmente capaci di rispondere a questo bisogno inevaso.

C'è da sottolineare infine la necessità di trovare soluzioni innovative per i pazienti che deviano dai comportamenti medi delle popolazioni testate nei trial. A questo scopo, sono iniziati progetti di ricerca finalizzati a identificare nuovi fattori di rischio o di protezione per i quali pianificare strategie terapeutiche innovative.

Dati i prevedibili elevati costi delle potenziali innovatività terapeutiche, la sostenibilità economica, da parte di un Ssn che continui a dare un accesso universale ai trattamenti di provata efficacia, non potrà che passare da meccanismi di risk-sharing la cui valutazione/quantificazione sembra attuabile solo attraverso l'istituzione di registri capaci di definire e misurare l'incidenza degli outcome terapeutici più rilevanti.

* Anmco

SANITÀ

Il pacemaker che spegne la fame

Bioingegneri di Zurigo hanno testato microcapsula per dimagrire

► ROMA

Nasce il "pacemaker dimagrante". Basato su un circuito genetico che regola l'appetito, il congegno ruota intorno ad una microcapsula che si aziona non appena fiuta la presenza di troppi grassi circolanti nel sangue. Immediatamente attiva la sintesi di una sostanza che produce senso di sazietà. Risultato: induce a mangiare meno producendo un dimagrimento rapido.

La notizia è apparsa sulla rivista *Nature Communica-*

tions e per ora, è in via sperimentale. Il pacemaker è stato messo a punto da un'equipe di bioingegneri dell'istituto federale di tecnologia di Zurigo ed è stata testata con successo sui topi. Secondo il suo ideatore Martin Fussenegger, questo congegno potrebbe essere utilizzato sui grandi obesi al posto di interventi chirurgici di bendaggio gastrico che comportano una certa dose di rischio. L'impianto della microcapsula sarebbe un approccio non invasivo al problema dell'obesità. Il pacemaker è infatti costruito da ge-

ni umani che costituiscono un circuito regolatore dell'appetito. Questi geni sono inseriti in cellule (anch'esse umane) alloggiate poi in una microcapsula che viene impiantata. Il congegno lavora come un sensore, fiutando l'eccesso di grassi nel sangue in modo molto fine, perché distingue anche tra grassi saturi, insaturi, di origine animale o vegetale. Avvertita la presenza di un eccesso di lipidi circolanti, il chip si accende e scatena la produzione di una sostanza che a sua volta produce senso di sazietà.