



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Asl, piano di rientro Nuovo round a Roma: bilanci sotto la lente

Di **ETTORE MAUTONE**

**Nuovo round oggi a Roma** tra i tecnici della Regione e della struttura commissariale e il tavolo interministeriale di verifica del Piano di rientro dal deficit. Sotto la lente gli ultimi adempimenti che non hanno ottenuto il via libera all'ultima verifica di tre



mesi orsono da parte dei ministeri dell'Economia e delle Finanze. In particolare l'attenzione è alta sul fronte degli accreditamenti (per i quali pende la bocciatura della Consulta e il nuovo ricorso del governo per incostituzionalità della norma pur emendata) e sull'attuazione del piano ospedaliero ormai da rivedere da capo a piedi con una nuova versione 2.0 allo studio dei tecnici di Palazzo Santa Lucia. Buone notizie, invece, sul fronte del risanamento del debito. I bilanci delle Asl e degli ospedali campani (pignoramenti permettendo) sono ormai in pareggio. Intanto, in attesa che il governo trovi la quadra per porre un freno ai decreti ingiuntivi contro le

to di Asl e ospedali. Il rating in questo caso migliora grazie alla riduzione del debito verso i fornitori della Sanità certificato al tavolo interministeriale del piano di rientro dal debito. La Campania, secondo quanto certifica la società di rating, ha conseguito l'obiettivo del contenimento della spesa e ha continuato a tenere a freno la spesa sanitaria mettendo in campo misure efficaci e riducendo il rischio del debito commerciale. La Regione, viene ricordato, è stata commissariata nel 2010 per il deficit sulla Sanità, ma nel tempo è riuscita a ridurre il deficit e, nel 2012 a non fare ricorso alla propria disponibilità di credito per un miliardo di euro. ●●●

Asl campane una ciambella di salvataggio per la Regione giunge dalle società di rating. Standard & Poor's conferma il rating della Campania a BBB. Un gradino meglio di un mese fa quando il merito di credito della Regione era sceso a BBB+ proprio a causa delle prospettive negative sul ripiano del debi-

### Regioni, Patto per la Salute: lavori in corso a Roma

Il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** ha raccolto le sollecitazioni delle Regioni e impostato una metodologia di lavoro



**Stefano Caldoro**

che mira a ridurre gli squilibri nel riparto del fondo e nel riequilibrio delle risorse tra le Regioni a fronte del risanamento attuato in quelle, come la Campania sottoposte al piano di rientro dal deficit. "Abbiamo due problemi da affrontare - avverte il presidente della Regione **Stefano Caldoro** a margine del tavolo a Roma - ristabilire le regole del gioco e avere una certezza sulla copertura economica". "Sulle Regioni benchmark (quelle di riferimento per l'individuazione dei costi standard) - rivela Caldoro - c'è una discussione tra le Regioni nell'interpretazione che viene fatta dal governo su una norma che non è proprio il migliore esempio di chiarezza normativa. Spetta comunque al governo la decisione finale". Il governatore invita comunque a cambiare obiettivo.

"Dobbiamo concentrarci più sulla questione dei fabbisogni standard che sui costi standard - sottolinea - partire dai Lea e uniformarli a livello nazionale, e poi capire per davvero cosa si intende per Lea".

## Politiche sociali Rsa, accreditamenti: arriva regolamento

Di **ETTORE MAUTONE**

### Il settore dell'estetica

Politiche sociali: su proposta dell'assessore all'Assistenza sociale Ermanno Russo la giunta di Palazzo Santa Lucia approva il regolamento di esecuzione della legge regionale 11 del 2007. Si tratta della legge di sistema delle politiche sociali in Campania, modificata nel 2012. Il regolamento, che ora va in Consiglio regionale per il parere di rito, disciplina l'accreditamento delle strutture



che erogano servizi alla persona. Due le novità introdotte dal provvedimento: accreditandosi presso uno dei 65 ambiti territoriali della Campania si è automaticamente accreditati su tutto il territorio regionale. Sono inoltre sono accreditati d'ufficio, anche per le attività sociali, le strutture che erogano prestazioni socio-sanitarie già accreditate con il Servizio sanitario regionale.

Nelle more del parere che la competente Commissione regionale dovrà rilasciare entro 45 giorni, la delibera dà mandato ai Comuni di ritenere prorogati i termini fissati per le strutture residenziali e semi-residenziali che siano in possesso di autorizzazione provvisoria al funzionamento. Un provvedimento che si inconcia con quello relativo agli accreditamenti delle

strutture sanitarie pubbliche e private. Si questo fronte proseguono i controlli delle Asl. In questo caso è in atto una corsa contro il tempo per concludere l'iter prima che la Consulta, dove il governo ha impugnato la norma regionale, possa esprimere il parere già negativo a dicembre scorso.

Sempre su proposta di Russo, è stato modificato lo statuto del Centro regionale per le adozioni internazionali.

Ossigeno per le Comunità montane: l'assessore alle Autonomie locali Pasquale Sommese firma i criteri di riparto delle risorse ordinarie 2013 ai 20 enti montani della Campania. Via libera, infine, alle proposte comunali di delimitazione della zona rossa, funzionali alla protezione del territorio e della popolazione interessata. ●●●

## CURE PALLIATIVE, DOSSIER IN PARLAMENTO

**Lotta al dolore e cure palliative:** una minuziosa relazione è stata presentata al parlamento sulla situazione degli Hospice in Regione Campania da **Sergio Canzanella**, manager per l'Italia meridionale dell'European cancer patient coalition e dirigente dell'associazione House Hospital onlus. "I dati forniscono un riscontro positivo riguardante undici regioni su ventuno (52 per cento) - spiega Canzanella - e a tale riguardo, in merito alla costituzione delle reti di cure palliative per l'età pediatrica, solo quattro regioni hanno attivato la rete (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Basilicata), mentre cinque Regioni sono in fase di organizzazione (Provincia Autonoma di Trento, Marche, Puglia, Campania e Calabria) e per due regioni non sarà attivata nel lungo termine (Valle d'Aosta e Piemonte). Le Reti regionali di cure palliative mostrano come la media nazionale del numero di posti letto in Hospice per 100 deceduti per tumore è pari all'1,27 per cento. Valore che evidenzia lo sviluppo di tale rete di offerta residenziale costituita per il 2011 da 217 Hospice in Italia, in aumento rispetto al biennio 2009-2010. Per il 2011 in Calabria, Campania, Abruzzo e Toscana e nella Provincia Autonoma di Trento si registra ancora un numero inferiore di posti letto in Hospice rispetto a quanto programmato, pari allo 0,5 per cento.

## Il San Carlo al Monaldi Emozioni per medici e pazienti

I pazienti in prima fila, alcuni addirittura in carrozzella, il personale, gli allievi, le associazioni di volontariato che li accudivano. Gli ospiti, le famiglie, circa 500 persone, tutti nel parco del Monaldi rivolti verso lo scalone dove era stato allestito il palco. Sul palco il direttore **Maurizio Agostini**, che insieme ai professori d'orchestra del San Carlo eseguono la Sinfonia del Barbiere di Siviglia di Rossini e la Sinfonia n.5 op.67 di Beethoven. L'orchestra del San Carlo, l'orchestra del più antico teatro lirico d'Europa, al completo suona nel parco del Monaldi. Il tempo incerto, minaccioso, ma ciononostante l'organizzazione andava avanti e l'orchestra monta i suoi strumenti, i pazienti ed il personale attendono. Qualche autorevole ospite arriva. Poi alle 19.00 in punto il concerto inizia. Il tempo concede una pausa, il vento si ferma e le note iniziano. Qualche momento di commozione fra il pubblico. La tensione diminuisce ed il miracolo che sempre compie la grande musica si manifesta. Un'ora straordinaria. Vissuta con intensità e con tanta gratitudine da parte del pubblico e di tutti noi operatori dell'Azienda dei Colli. Sento il bisogno assoluto, di ringraziare tutto il teatro San Carlo, attraverso il suo Sovraintendente **Rosanna Purchia**, per la sensibilità umana che si è rivelata in questo semplice atto. Vivere in ospedale è duro. E' duro per le persone che soffrono, ma è duro anche per chi ci lavora e per chi amministra. Eventi che ricordano a tutti noi che siamo persone che prestano la loro opera ad altre persone che hanno, oltre ad un corpo da indagare, da curare, anche una sensibilità ed un'anima, ci aiutano ed aiutano i pazienti. Per una volta, per un breve tempo non abbiamo parlato di malattie e di problemi organizzativi. Di turni, di personale che scarseggia, di risorse insufficienti, di prestazioni da migliorare, abbiamo lasciato scorrere il tempo e abbiamo fatto godere la nostra anima e lo abbiamo fatto nel recinto del nostro ospedale. Una straordinaria emozione che mi pare ricambiata anche dai musicisti e dai dirigenti del San Carlo. La bellezza del posto e la bellezza delle emozioni che leggevano in noi, li hanno contagiati. Mi resterà dentro, sono grato a chi ha contribuito a determinarla.

**Antonio Giordano**  
direttore generale Azienda dei Colli

La sentenza

## Il Consiglio di Stato limita le cure mediche fuori regione

IL CONSIGLIO di Stato frena le cure fuori regione. È stata sospesa la sentenza del Tar con la quale era stato bocciato il provvedimento del commissario della sanità Stefano Caldoro che impone per gli interventi chirurgici meno complessi eseguiti su cittadini campani al di fuori della Regione un'autorizzazione da parte dell'Asl. Si tratta di prestazioni sanitarie che restano a carico di Palazzo Santa Lucia: una fuga dalla sanità locale che aumenta i costi, per cui Palazzo Santa Lucia ha voluto prendere le contromisure. Per il Tar Campania vale il principio della «libertà dell'individuo di farsi curare dove meglio crede». Ma il Consiglio di Stato ha dato ragione alla Regione.



Stefano  
Caldoro

*(alessio gemma)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Debiti Pa  
2,3 mld in cassa*

**P**rimi accreditati dall'Economia alle Regioni per circa metà dei fondi 2013.

A PAG. 5

**ACCREDITATE LE SOMME**

## Debiti Pa: arrivano alle Regioni i primi 2,3 mld per Asl e ospedali

**I**l ministero dell'Economia ha accreditato lunedì 22 luglio i primi 2,3 miliardi dei 5 stanziati per il 2013 dal Dl 35/2013 e dal Dl 72/2013 per il pagamento dei debiti pregressi della pubblica amministrazione in campo sanitario. Destinatari degli importi Campania, Piemonte, Lazio e Puglia: termine individuato per i pagamenti ai creditori il prossimo 21 agosto.

Il dato è stato reso noto nel corso della conferenza stampa del ministro dell'Economia, Fabrizio Saccomanni, convocata per illustrare lo stato di attuazione dei pagamenti della pubblica amministrazione nei confronti delle imprese: «Rispetto all'impegno di erogare in totale 20 miliardi nel 2013, al 22 luglio la cifra che abbiamo messo materialmente a disposizione degli enti che devono rimborsare i crediti ammonta a 15,7 miliardi» - ha spiegato -. «Di questi, 6,2 sono le erogazioni finanziarie e 9,4 miliardi sono gli spazi di disponibilità finanziaria sul patto di stabilità interno e rimborsi fiscali».

Saccomanni ha inoltre definito «possibile» un anticipo al 2013 dell'intera somma stanziata per il pagamento dei debiti della Pa, pari a 40 miliardi: «Non ci sono ostacoli di natura politica ma di natura tecnico-operativa» - ha spiegato Saccomanni -. «Credo che una accelerazione significativa sia possibile nell'ultimo trimestre dell'anno ma non voglio dare cifre. Prima - ha concluso - serve una mappatura precisa dei debiti, che stiamo effettuando e che sarà completata a settembre».

Intanto buone notizie in arrivo per le aziende che vantano crediti nei confronti dei servizi sanitari regionali di Lazio, Piemonte, Campania e Puglia, destinatarie dei primi 2,3 miliardi destinati all'operazione debiti sanitari: gli importi accreditati alle quattro Regioni ammontano rispettivamente a 832, 803, 531 e 185 milioni di euro. Mentre risulta in corso di emanazione anche l'accredito di 81 milioni riconosciuti al tavolo di monitoraggio alla Regione Liguria. E sono in via di definizione e approvazione anche le coperture richieste da altre 5 Regioni: Calabria, Molise, Sicilia, Umbria e Veneto. Sul versante delle riassegnazioni delle somme non richieste, invece, i destinatari dei 280 milioni residui sono Lazio, Emilia Romagna, Puglia e Piemonte.

POLITECNICO MILANO/ *Analisi dell'Osservatorio Ict sull'impatto dell'introduzione della Cce*

# La cartella web salva 1,4 mld

Investimenti nel 67% delle strutture - Potenzialità ancora poco sfruttate

**U**n miliardo e 39 milioni di risparmi per il Sistema sanitario nazionale. Questo l'impatto legato all'introduzione della Cartella clinica elettronica (Cce) nelle strutture sanitarie del nostro Paese, secondo le analisi condotte dalla Ricerca 2013 dell'Osservatorio Ict in Sanità del Politecnico di Milano.

Benefici enormi per il Sistema, riscontrati attraverso l'analisi di numerosi casi di studio e riconducibili da un lato al recupero di efficienza dei processi interni alle strutture e alla riduzione dei tempi per lo svolgimento delle attività medico-infermieristiche, con un risparmio complessivo di 30 minuti al giorno per paziente sia per i medici che per gli infermieri, a seguito dell'adozione della Cce in reparto; dall'altro alla riduzione dei costi di stampa delle cartelle cliniche, nell'ipotesi di giungere a una loro completa dematerializzazione e conservazione sostitutiva per gli utilizzi interni alla singola azienda sanitaria.

Ma a che punto si trovano attualmente le strutture sanitarie nell'implementazione di queste soluzioni?

Le analisi condotte dall'Osservatorio mostrano una forte attenzione all'introduzione di soluzioni di Cartella clinica elettronica, soprattutto da parte delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie, con l'obiettivo di garantire un'ampia accessibilità delle informazioni sanitarie per tutti gli operatori, all'interno e all'esterno dell'azienda. Inoltre, la Cce già da anni è tra i principali ambiti di investimento per gran parte delle strutture sanitarie italiane, e oggetto di attenzione da parte di alcune Regioni, per i benefici ottenibili in termini di efficacia e di efficienza dei processi interni. Dall'analisi statistica condotta nella Ricerca 2013 è emerso, infatti, che nel 2012 il 67% delle strutture sanitarie ha effettuato delle spese in questo ambito per un valore complessivo pari a 52 milioni di euro, con un tasso di crescita del livello di spesa previsto per il 2013 del 4,9 per cento.

Il 52% delle cartelle cliniche presenta però solo alcune componenti in formato elettronico (tipicamente la lettera di dimissione) e soltanto il 21% delle aziende del campione ha adottato Cce "complete" di tutte le funzionalità, attive almeno in un reparto. Infatti, a fronte di funzionalità basilari che sono più diffuse e con un buon livello di supporto alle attività (figura 1) - come quelle relative alla visualizzazione delle informazioni del paziente e del ricovero o ai trasferimenti interni e alle dimissioni da reparto (entrambe presenti in oltre il 60% dei casi con un livello elevato di copertura delle attività) - spesso mancano le funzionalità più caratterizzanti della cartella clinica, come la gestione clinica di ricovero (presente con un livello elevato di copertura delle attività solo nel 25% dei casi per gli aspetti medici e nel 15% per gli aspetti infermieristici) e la gestione della farmacoterapia (presente con un livello elevato di copertura delle attività solo nel 19% dei casi).

Inoltre, i benefici della Cartella clinica elettronica non sono sfruttati appieno se le applicazioni non sono supportate da dispositivi mobili, che consentono la gestione a bordo letto della documentazione clinica del paziente. I molteplici bene-

fici legati all'utilizzo in mobilità della Cce sono riconducibili principalmente a tre categorie:

- aspetti gestionali: benefici legati alla riduzione delle inefficienze di processo, abilitati dalla migliore accuratezza e completezza nella gestione dei dati e alla riduzione delle tempistiche di alcune attività;
- aspetti clinici: la Cce al letto del paziente consente di ridurre gli errori clinici che non si manifestano sul paziente ma che causano dei riciccoli interni;
- aspetti di sicurezza: benefici di riduzione degli errori clinici che si manifestano direttamente sul paziente, con la conseguente riduzione delle spese legali e assicurative sostenute dagli ospedali.

Tra le componenti della Cce merita un'analisi a sé stante la gestione informatizzata della farmacoterapia, che rappresenta un ambito importantissimo non solo per gli impatti in termini di efficienza e controllo dei costi, ma soprattutto per gli aspetti legati alla riduzione del rischio clinico.

Le soluzioni per la gestione informatizzata dei farmaci rappresentano un ambito di investimento non trascurabile per le strutture sanitarie: nel 2012 il 65% delle strutture sanitarie ha effettuato delle spese in questo ambito, per un valore complessivo stimabile in 30 milioni di euro e con un tasso di crescita previsto per il 2013 del 9,2 per cento.

Come mostrato in figura 2, le funzionalità di gestione informatizzata dei farmaci più diffuse nelle aziende del campione sono quelle relative alla preparazione dei farmaci in farmacia e alla prescrizione delle terapie (presenti almeno con livelli di informatizzazione limitati in circa il 50% del campione, e con un livello elevato di copertura delle attività in circa il 16% del campione), mentre sono meno diffuse le soluzioni a supporto della somministrazione dei farmaci (presenti almeno con livelli di informatizzazione limitate in circa il 36% del campione). Il livello di informatizzazione delle attività attualmente raggiunto risulta quindi ancora limitato, anche se si osservano trend interessanti di crescita nella gestione informatica della somministrazione dei farmaci (il 29% delle aziende del campione prevede di introdurre tale funzionalità entro il 2013).

Come anticipato, il maggior beneficio derivante dall'introduzione di soluzioni Ict per la gestione informatizzata dei farmaci consiste nella riduzione degli errori, sia nelle fasi di prescrizione e allestimento della terapia (ad esempio tramite la standardizzazione di alcune attività e il controllo automatico della completezza e correttezza delle informazioni inserite), sia in quelle di preparazione e somministrazione del farmaco (a esempio grazie all'introduzione di controlli automatici e verifiche incrociate durante lo svolgimento del workflow di processo).

Concentrandoci solo sui benefici di riduzione del rischio è possibile ipotizzare uno scenario di adozione nelle strutture sanitarie di sistemi Ict per la completa gestione informatizzata del processo di farmacoterapia, con supporto decisionale e prescrizione informatizzata, integrata con il rifornimento alla farmacia sulla base del prescritto e

utilizzo di soluzioni di identificazione automatica (codice a barre, Rfid ecc.) al momento della somministrazione. Con questo scenario si potrebbero ridurre le reazioni avverse ai farmaci (Adr, Adverse drugs reactions) di un tasso pari almeno al 50%. Inoltre, studi nazionali e internazionali mostrano che il 6,5% dei ricoveri è causato da ADR e, chi incorre in ADR, ha una durata media di ospedalizzazione di 6,5 giorni più lunga rispetto a coloro che non vanno incontro ad ADR.

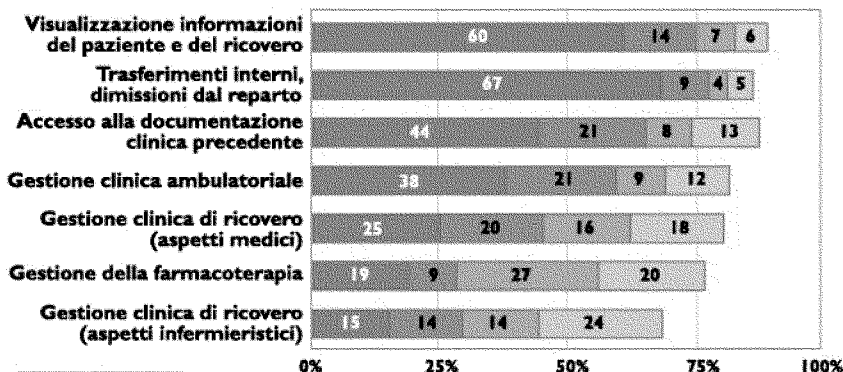
Considerando che nel 2011 ci sono stati in Italia circa 10,7 mln di ricoveri si può stimare, nello scenario sopra ipotizzato, una riduzione delle giornate di degenza corrispondenti a circa 860 milioni di euro di risparmi per le strutture sanitarie. Inoltre, valorizzando il costo opportunità del tempo che i cittadini potrebbero risparmiare evitando l'allungamento dei ricoveri causati da ADR, si ottengono benefici rilevanti anche per i pazienti, con un risparmio complessivo di circa 170 milioni di euro.

Emergono quindi numeri e impatti troppo importanti perché le strutture sanitarie e i decisori chiave del Sistema sanitario possano permettersi di ignorarli. È tempo di abbandonare il pregiudizio che in Sanità le nuove tecnologie siano un lusso, utili per modernizzare l'assistenza e i servizi, ma costose e destinate ad aumentare le spese, e quindi da rimandare a tempi migliori. È necessario comprendere e ribadire nella pratica che l'innovazione digitale è la principale leva da utilizzare per rendere la qualità dei servizi compatibile con la loro efficienza e sostenibilità economica.

**Paolo Locatelli**  
**Marco Paparella**  
**Francesco Maria Donato**  
Osservatorio Ict in Sanità -  
School of Management  
del Politecnico di Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Figura 1 - Livello presenza e informatizzazione delle funzionalità di Cce**

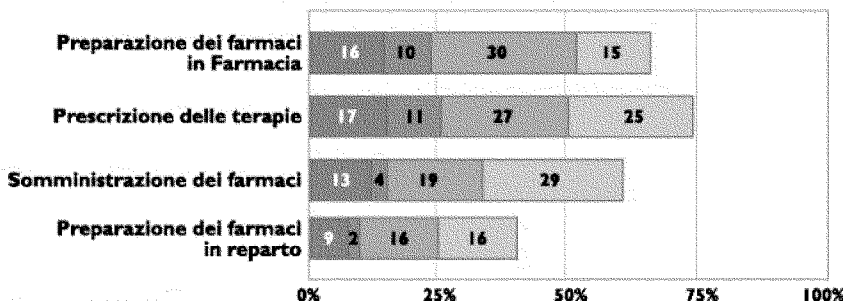


**Campione: 85 Cio**

- Presente con livello informatizzazione diffuso (superiore al 70% delle attività)
- Presente con livello informatizzazione parziale (tra il 30% e il 70% delle attività)
- Presente con livello informatizzazione limitato (inferiore al 30% delle attività)
- Introduzione prevista (entro il 2013)

Fonte: Osservatorio Ict in Sanità - School of Management del Politecnico di Milano - [www.osservatori.net](http://www.osservatori.net)

**Figura 2 - Livello presenza e informatizzazione attività di gestione dei farmaci**



**Campione: 83 Cio**

- Presente con livello informatizzazione diffuso (superiore al 70% delle attività)
- Presente con livello informatizzazione parziale (tra il 30% e il 70% delle attività)
- Presente con livello informatizzazione limitato (inferiore al 30% delle attività)
- Introduzione prevista (entro il 2013)

Fonte: Osservatorio Ict in Sanità - School of Management del Politecnico di Milano - [www.osservatori.net](http://www.osservatori.net)

Il Patto di Beatrice  
si fa in 8 (tavoli)

A PAG. 4

**AL VIA IL CONFRONTO GOVERNO-REGIONI**

## Patto: Lorenzin apparecchia otto tavoli

**P**atto per la salute 2013-2018 (quinquennale quindi e non più triennale): il 1° agosto partono i lavori della Commissione salute delle Regioni, poi entro il 10 agosto si riunirà il tavolo con il Governo che, la scorsa settimana, ha aperto ufficialmente i suoi lavori. E in quell'occasione il ministro Beatrice Lorenzin ha consegnato ai governatori una scaletta degli argomenti e degli otto gruppi di lavoro che ne discuteranno.

«Sono molto soddisfatta - ha detto Lorenzin a Il Sole-24 Ore: è stato rispettato l'impegno per fare del Patto per la salute il "piano regolatore" della Sanità. È un'occasione per riprogrammare con le Regioni l'assistenza, dai Lea alla spesa, ma senza tagli lineari, con una spending review all'inglese».

Ma all'Economia, presente ai lavori, non è piaciuta l'idea che l'organizzazione dei tavoli proposta dal ministro Lorenzin non sia stata concertata prima tra i due ministeri e per questo il tavolo è stato rinviato a dopo la verifica Salute-Economia, al 10 agosto appunto.

«Parte in maniera concreta la discussione sul nuovo Patto per la salute», ha commentato il ministro degli Affari regionali, **Graziano Delrio**, che ha annunciato anche la definizione a breve delle tre Regioni benchmark da prendere come parametro per il riparto e il finanziamento, tra le cinque scelte dal Governo (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Marche e Umbria).

Quello che intanto chiedono le Regioni per il nuovo Patto «è ristabilire le regole del gioco e avere una certezza

sulla copertura economica», come ha spiegato il presidente della Regione Campania, **Stefano Caldoro**. «Quindi - ha proseguito il governatore - aspettiamo la legge di stabilità. Ma ciò che è certo è che c'è la volontà comune di trovare queste risorse».

Questi gli argomenti dei tavoli di lavoro per il Patto per la salute 2013-2018:

**1.** Fabbisogno del Ssn e costi standard. Aggiornamento dei Lea.

**2.** Sistema di monitoraggio e verifica degli adempimenti regionali e organismi di monitoraggio. Rivisitazione dei piani di rientro. Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica.

**3.** Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

**4.** Mobilità interregionale e transfrontaliera. Tariffe.

**5.** Edilizia sanitaria. Fondi strutturali e Politiche di coesione.

**6.** Attività intramoenia. Professioni sanitarie. Accordi collettivi nazionali per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta, per gli specialisti ambulatoriali. Formazione specifica in medicina generale. Personale del Ssn. Assistenza primaria-continuità assistenziale.

**7.** Assistenza farmaceutica e dispositivi medici.

**8.** Altri temi: Nuovo sistema informativo; Piano nazionale prevenzione; ricerca sanitaria; attuazione del riordino degli Istituti zooprofilattici sperimentali.

Via libera di palazzo Chigi al Ddl del ministro: professioni, abusivismo, fumo, farmaci, veterinaria

# L'omnibus Lorenzin in 28 mosse

Tre Ordini per i Collegi - Delega sui trial - Epidurale nei Lea - Alimenti, più controlli

**G**li Ordini e le professioni, la stretta sul fumo, la vigilanza con controlli più severi sugli alimenti, gli stili di vita, l'abusivismo. E ancora: i trial clinici, il parto epidurale che entra nei Lea, la guerra agli ospizi lager. E un grappolo di deleghe da attuare. Il Consiglio dei ministri, non senza qualche discussione e con aggiustamenti in corso d'opera, ha concesso venerdì scorso il disco verde al Ddl presentato dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Un provvedimento che anche le Regioni dovranno soppesare. E che per tanti aspetti - a cominciare dalla trasformazione degli Albi in tre Ordini - ricalca misure già all'esame del Senato. Dove il provvedimento è destinato ad approdare. Ma in tempi più lunghi: se ne riparerà in settembre.

A PAG. 4-5

Ecco il Ddl del ministro della Salute che si affianca ai progetti all'esame del Senato

## Ordini e trial clinici, si cambia

Fritto misto e sventagliata di deleghe - Novità sul fumo e sui controlli

Animali e alimenti, Farmacie aperte  
più verifiche alle professioni

**S**perimentazione clinica, riforma degli Ordini, epidurale nei Lea, sicurezza alimentare e corretti stili di vita. E poi cani, gatti, fumo. E un po' di impignorabilità, che non guasta mai.

Con un Ddl "omnibus" approvato venerdì scorso in Consiglio dei ministri, **Beatrice Lorenzin** va all'attacco delle grandi incompiute del Ssn, rispolverando tentativi di riforma,

ereditate da ben due predecessori - **Ferruccio Fazio** e **Renato Balduzzi** - e rimaste ferme al Senato nella passata legislatura.

ra. E imbarca temi che nel frattempo hanno assunto i caratteri dell'emergenza. Così tra le pieghe del disegno di legge spuntano vere e proprie new entry, come la lotta alle strutture "lager" - elemento clou delle cronache sanitarie estive - o l'inedito apparato normativo in tema di e-smoke.

Ecco in estrema sintesi i contenuti del testo d'ingresso a Palazzo Chigi.

**Riforma degli Ordini.** Arriva la riforma degli Ordini professionali sotto forma di riscrittura di parte (capi I, II e III) del Dlgs del Capo provvisorio dello Stato 233/1946. Il Ddl conferma ovviamente gli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, dei veterinari e dei

farmacisti. Pone poi sotto il controllo del ministero della Salute - introducendoli nel relativo articolo - gli Ordini di biologi e psicologi. E prevede la costituzione degli Ordini degli infermieri, delle ostetriche, dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (in questo Ordine rientreranno anche gli assistenti sanitari, oggi con un albo a sé). I tre Ordini delle professioni, insomma, presenti già in tutti i Ddl all'esame del Senato. Tra le novità c'è la definizione de-

gli Ordini come organi sussidiari dello Stato, dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare, ai quali, tuttavia, non si estendono le norme di contenimento della spesa pubblica. Tutti sono sottoposti alla vigilanza del ministero della Salute.

All'interno degli Ordini è

prevista la creazione di Albi per le singole professioni e gli Ordini saranno rappresentati a livello nazionale dalle relative Federazioni, sia regionali che nazionali, queste ultime con sede a Roma e compiti di indirizzo e coordinamento e supporto amministrativo degli Ordini e delle Federazioni regionali. Le Federazioni nazionali provvederanno anche all'aggiornamento dei codici deontologici, in particolare per quanto riguarda le attività di équipe multiprofessionali.

**Specializzandi.** Affidato a un accordo Stato-Regioni il compito di definire le modalità per l'inserimento degli specializzandi del biennio conclusivo nelle aziende Ssn con graduale assunzione di responsabilità assistenziali fino alla completa autonomia nell'ultimo anno di corso.

**Farmacisti e farmacie.** Modificato l'articolo 102 del Testo unico delle leggi sanitarie (Rd n. 1265 del 1934) spianando la strada alle possibili declinazioni della farmacia dei servizi: previsto l'esercizio cumulato delle professioni o arti sanitarie e la loro compresenza in farmacia: esclusi solo (e come sempre) i prescrittori di medicinali che - in caso di accordi di partecipazione all'utile della farmacia - saranno puniti con una multa da 10mila a 50mila euro. Affrontato anche il nodo del pensionamento dei titolari di farmacia, nato con le liberalizzazioni di Monti: chi ha raggiunto il requisito potrà essere temporaneamente sostituito da un farmacista iscritto all'albo.

**Sperimentazioni cliniche.** Il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi, uno o più decreti legislativi per il riassetto delle norme vigenti in materia di sperimentazioni cliniche dei farmaci per uso umano. I decreti delegati dovranno, tra l'altro, individuare una serie di elementi: i requisiti dei centri autorizzati ai trial interventistici dalla fase 0 alla fase IV; le modalità per attivare e ottimizzare i centri dedicati agli studi di fase I, sia sui pazienti sia sui volontari sani (pazienti e volontari - raccomanda il Ddl - dovranno essere «equamente ripartiti tra i due generi, ove applicabili»); la semplificazione della domanda per il parere del comitato etico e la conduzione degli studi; la rideterminazione delle sanzioni per chi viola la legge.

**Lotta all'abusivismo e alle strutture «lager».** Il testo introduce varie modifiche al Codice penale per inasprire le pene a

carico di chi esercita abusivamente la professione sanitaria. In particolare si prevede l'aumento della pena ex articolo 348 Cp da un terzo alla metà e la confisca dei beni usati per commettere il reato. È inoltre prevista l'aggravante per i reati contro la persona commessi in danno degli ospiti di strutture sanitarie o centri sociosanitari residenziali o semiresidenziali.

**Stop al dolore nel parto.**

La ministra Lorenzin ha recuperato anche le proposte di aggiornare i livelli essenziali di assistenza inserendo le prestazioni di controllo del dolore nel travaglio-parto con «tecniche di anestesia locoregionale».

**Fumo e sigarette elettroniche.** Il provvedimento sono poi previste disposizioni che confermano il divieto di utilizzo di sigarette elettroniche per i minorenni (con sanzioni da 1.500 a 9mila euro per chi le vende agli under 18) e il divieto di fumo in tutti i locali delle scuole, anche aperti. Sempre su questa linea ci sono nuove norme sulle etichette delle confezioni di sigarette elettroniche con presenza di nicotina, sulle cartucce e sulle ricariche che dovranno riportare chiaramente la composizione dei liquidi e la concentrazione di nicotina nonché specifiche avvertenze sui rischi per la salute. Sarà invece compito di un decreto apposito, adottato di concerto con il ministro dello Sviluppo economico, fissare modalità e criteri per regolamentare la pubblicità delle e-cig.

Durante l'esame in Cdm è scomparso dal testo proposto dalla Lorenzin il divieto di fumo in auto in presenza di minori o donne in gravidanza.

**Sicurezza alimentare e veterinaria.** Il testo prevede un'altra delega, stavolta per il riassetto delle norme in materia di sicurezza degli alimenti e dei mangimi. Il presupposto è che il ministero della Salute sia il punto di contatto con gli organi europei, fatte salve le competenze del ministero delle Politiche agricole. I decreti delegati dovranno effettuare una ricognizione delle disposizioni esistenti, riordinarle e rivedere l'apparato sanzionatorio per armonizzarlo con i principi comunitari. Tra le ulteriori novità, la nascita

di un sistema informativo nazionale veterinario per la sicurezza alimentare (Sinvs), la creazione di una «anagrafe» degli stabilimenti degli operatori del settore alimentare che intendono esportare verso i Paesi terzi e il potenziamento dei controlli, anche sulle navi officina e sulle navi frigo. Il Ddl promuove infine l'uso del sale iodato per favorire la prevenzione del gozzo. In pista anche l'anagrafe degli equidi e le sanzioni per chi viola le disposizioni sul benessere degli animali.

**Cani: corsi per proprietari e alt ai bocconi avvelenati.** Nel Ddl si delega il Governo ad adottare una disciplina organica in materia di tutela dell'incolumità delle persone relativamente all'aggressione dei cani e il divieto di utilizzo e detenzione di esche e bocconi avvelenati.

In particolare, l'Esecutivo dovrà definire i criteri per avere un cane e i comportamenti cui i «padroni» devono attenersi per essere rispettosi verso gli altri, con tanto di percorsi formativi ad hoc avviati dai Comuni. Sprint, infine, ai controlli per evitare l'uso improprio di sostanze tossiche e nocive e a specifici obblighi per i responsabili degli animali che muoiono per aver ingerito veleno. Più tutele anche per i cavalli: ogni manifestazione in cui vengono utilizzati, a eccezione di sfilate e cortei e di quelle negli impianti e nei percorsi autorizzati dalla Federazione sport equestri, deve garantire i requisiti di sicurezza, salute e benessere, pure per i fantini, verificati dalla commissione comunale o provinciale competente, integrata con un veterinario della Asl.

**Enti vigilati e dirigenza della Salute.** Delega al Governo ad adottare un testo unico della normativa vigente sugli enti vigilati dal ministero della Salute (Iss, Agenas, Izs e Lega italiana per la lotta contro i tumori). Entra in pista l'equiparazione della dirigenza sanitaria del ministero della Salute con quella del Ssn: avranno ruolo unico, parità di trattamento economico e di percorso di carriera.

**Impignorabilità.** L'impignorabilità rientra dalla finestra, ma stavolta soltanto per i fondi assegnati agli enti destinatari dei finanziamenti per la ricerca: sequestro e pignoramento, se effettuati, sono da ritenersi nulli.

**Manuela Perrone**  
**Sara Todaro**

Funziona il modello multidimensionale proposto nell'ultimo Piano oncologico nazionale

# Cure simultanee anti-tumori

Sono 27 i centri italiani «certificati» ma manca un disegno organizzativo

**I**l Piano oncologico nazionale 2010-13 al punto 3.1 recita: «È necessario garantire una presa in carico globale del malato fin dall'inizio del percorso terapeutico, attraverso un approccio multidisciplinare e multidimensionale sostenuto da un'organizzazione dipartimentale, delle attività intraospedaliere, che garantisca, da un lato, il miglior trattamento antitumorale (in termini di qualità, di tempi e di coordinamento degli interventi), e dall'altro un precoce riconoscimento

di eventuali altri bisogni (fisici, funzionali, psicologici, spirituali, sociali e riabilitativi) del malato».

Il modello di cure simultanee, nuovo paradigma di cura per i malati oncologici, è stato inserito nel Piano oncologico nazionale 2010-13 come obiettivo prioritario per la qualità della vita dei pazienti.

Le cure simultanee richiedono però un cambiamento culturale e organizzativo fondamentale per condividere scopi, valori e pro-

grammazione a livello di unità operative, gruppi multidisciplinari, dipartimenti oncologici e servizi territoriali.

Nel corso degli ultimi anni un numero sempre maggiore di evidenze scientifiche ha confermato l'utilità, in termini di qualità e quantità di vita, di un approccio integrato precoce al malato oncologico specie nei pazienti (circa il 35% dei casi) che giungono alla diagnosi in fase di malattia avanzata/metastatica.

## Riconoscere i bisogni a 360° Tutti i servizi vanno integrati

**G**ià nel 2003 la Società europea di oncologia medica (Esmo) ha attivato un programma di certificazione dei centri di oncologia che garantiscono le cure simultanee. Aiom dal 2008 ha istituito un tavolo di lavoro nazionale cui partecipano gli attuali 27 centri italiani certificati dall'Esmo con lo scopo di promuovere la cultura e la formazione tra gli oncologi medici italiani in tema di cure simultanee e facilitare la certificazione Esmo dei centri.

L'Italia è a oggi il primo Paese in Europa (seguito dalla Germania con 20 centri certificati) per numero di centri certificati. Nel 2012 anche la società americana di oncologia (Asco) ha confermato il modello di cure simultanee come il più appropriato per il malato oncologico con presenza di sintomi, modello che nel contempo garantisce anche un più appropriato utilizzo di farmaci ad alto costo, evitando trattamenti antitumorali a oltranza in pazienti in fase avanzata di malattia.

Una recente indagine condotta tra i centri italiani certificati Esmo ha dimostrato che il 52% si trova nel Nord d'Italia, il 36% al Centro, l'8% nelle Isole e il 4% al Sud. Nel 93% dei casi è un oncologo

dell'équipe che si dedica al rilievo e trattamento dei sintomi, inoltre il 93% dei centri ha definito procedure e linee guida specifiche per la gestione dei sintomi (in particolare dolore, dispnea, occlusione intestinale e sedazione terminale), infine il 70% dei centri ha posti letto dedicati per il controllo dei sintomi e della fase avanzata di malattia.

Dal punto di vista organizzativo non tutti i centri dispongono di un servizio di cure palliative all'interno della stessa azienda, al fine di garantire un coordinamento e una condivisione costante del percorso di cura e la presenza all'interno dei gruppi multidisciplinari di patologia.

La più recente rilevazione nazionale compiuta dall'Aiom fotografa le risorse e i servizi presenti presso le strutture di oncologia medica o disponibili nelle aziende ospedaliere in Italia. A questa ultima survey ha aderito oltre il 70% delle Uo di oncologia medica. Per quanto attiene in particolare alla disponibilità di servizi che dovrebbero garantire le cure simultanee e la continuità di cura, abbiamo confrontato le variazioni avvenute rispetto alle precedenti survey del 2006 e 2009. Complessivamente i risultati dimostrano un trend in miglioramento negli ultimi anni del-

la disponibilità dei servizi di psico-oncologia, terapia del dolore, cure palliative e riabilitazione oncologica.

Tali servizi risultano però spesso nati all'interno dell'oncologia dalla sensibilità e volontà dell'oncologo (con il supporto spesso del volontariato), più che da una vera strutturazione all'interno dell'azienda dove opera l'oncologia. È verosimile inoltre che i servizi così rappresentati non siano sufficienti a farsi carico di tutti i malati (es. servizi di psico-oncologia). In particolare i servizi di riabilitazione risultano presenti in meno della metà delle aziende dove operano le oncologie, dimostrando una insufficiente disponibilità di strutture dedicate al recupero fisico-funzionale dei malati oncologici. I miglioramenti che abbiamo riscontrato dall'analisi dei dati sono comunque molto lontani dal garantire a tutti i pazienti oncologici una vera presa in carico globale e un percorso coordinato che integri le terapie antitumorali e le cure riabilitative e palliative in tutto il percorso di cura e per tutti i pazienti, raggiungendo per tutti l'obiettivo di ottimizzare la qualità della vita.

Un vero punto critico rimane, dai recenti dati presentati dal 5° Rapporto sulle condizioni di assistenza dei malati oncologici, il luogo del decesso dei malati di tumore. Ancora nel 2010 nel nostro Paese un terzo dei malati oncologici

ha trascorso gli ultimi giorni di vita ed è deceduto in ospedale, luogo deputato all'assistenza di malati con patologia acuta. Questa situazione, sebbene anch'essa in lento miglioramento rispetto gli anni precedenti, è il risultato di diversi aspetti (culturale, formativo, organizzativo e sociale), e si configura al momento come uno degli elementi più critici, non potendo garantire a tutti il luogo e le modalità più consone di assistenza nella fase avanzata-terminale di malattia, la più complessa per il paziente e la sua famiglia.

È necessario pertanto identificare modelli organizzativi innovativi in grado di rispondere ai bisogni del malato oncologico e soprattutto facilitare l'integrazione e l'interfaccia tra ospedale e servizi del territorio, per essere più aderenti ai bisogni del malato. In particolare anticipare l'integrazione dei servizi dedicati

alle cure palliative nel percorso di cura, evitando la frammentazione degli interventi e il ritardo nella presa in carico del paziente a domicilio.

A questo scopo Aiom ha organizzato per il 19-20 settembre 2013 a Roma una conferenza di consenso in tema di cure simultanee della comunità di oncologi italiani che, sulla base di modelli già consolidati a livello europeo e americano, affronterà gli aspetti relazionali e della comunicazione, la formazione dell'oncologo medico, la ricerca e i modelli organizzativi più idonei a realizzare le cure simultanee in oncologia.

**Vittorina Zagonel**

*Coordinatore tavolo Aiom*

*"Cure simultanee e continuità di cura in oncologia" -*

*Direttore Uoc Oncologia medica I, Istituto Oncologico Veneto, Irccs Padova*

---

L'ANALISI

## La risorsa «Lean thinking» promuove l'efficienza

DI WALTER RICCIARDI \*

**P**er raggiungere l'obiettivo della riduzione degli sprechi e garantire la sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario in Italia occorre applicare un programma di revisione e aggiornamento della sua struttura che possa, da un lato risolvere le problematiche interne gestionali e di servizio, e dall'altro consentire una riduzione complessiva della spesa senza pregiudicare il livello di qualità delle prestazioni e la competitività del nostro Paese.

Per ottenere questo obiettivo è necessario intervenire almeno nei seguenti ambiti:

1. riconfigurazione dell'offerta sanitaria in una rete territoriale collegata alle strutture ospedaliere, con un miglioramento delle performance dei presidi e una gestione ottimizzata del personale;

2. riorganizzazione della gestione della cronicità tramite il potenziamento dell'assistenza territoriale in modo da garantire un'adeguata continuità assistenziale.

Una delle voci più importanti da analizzare, per conseguentemente intervenire, è quella degli sprechi da utilizzo improprio del pronto soccorso (Ps).

Nel lavoro che viene presentato in questo numero de Il Sole 24 ore Sanità, svolto in Liguria da un gruppo di medici manager, emerge come la maggior parte dei pazienti afferenti al pronto soccorso abbia problemi di salute minori, che potrebbero/dovrebbero essere presi in carico dai servizi territoriali. Secondo gli Autori, questi pazienti, che non avrebbero bisogno dell'ospedale per essere trattati, vi si recherebbero nella convinzione di non avere alternative.

Un'analisi analoga condotta nella Ausl di Ravenna nel 2008 ha identificato le ragioni di tali livelli di inappropriatazza come riferite principalmente, oltre che alla percezione distorta di urgenza, all'ansia o al dolore percepito, alla non conoscenza di alternative nel territorio, all'assenza del medico di famiglia, alla vicinanza del Ps al proprio domicilio, alla disponibilità sulle 24 ore, ai tempi ridotti di attesa.

Altra voce importante, in tutti gli studi effettuati sinora, è quella dei cittadini stranieri senza permesso di soggiorno che non possono godere di altre forme di assistenza territo-

riale.

Come suggeriscono gli Autori, risultati importanti in termini di appropriatezza possono essere ottenuti attraverso un'azione coordinata sulla rete assistenziale, con servizi interconnessi a diversi livelli in una logica di rete.

La creazione di tale rete di servizi può impattare sulla riduzione degli accessi inappropriati al Ps e dell'ospedalizzazione, permettendo all'ospedale di diventare effettivamente il "luogo di cura dell'acuzie".

In sostanza, si tratta di cercare nuovi modelli assistenziali, cosa che da alcuni anni rappresenta una rilevante preoccupazione a livello internazionale sull'onda di molteplici pressioni: i decisori pubblici ricercano nuove soluzioni ai pressanti problemi derivanti dall'ampia variabilità della qualità dell'assistenza erogata; è percepibile l'insoddisfazione dei pazienti, degli enti regolatori e dei professionisti; impera la necessità di contenere i costi in un'epoca di limitazione delle risorse.

Un modello organizzativo che tenta di superare tali criticità e di puntare al miglioramento della qualità e dell'efficienza in Sanità è il modello Lean thinking ("pensiero snello"), una strategia nata nell'industria manifatturiera, ma oggi universalmente applicata in settori e ambiti diversi al fine di aumentare l'efficienza ed eliminare gli sprechi e che abbiamo da poco avviato anche al pronto soccorso del Policlinico Gemelli.

Il risultato atteso dall'applicazione di questa strategia organizzativa è rappresentato da 4 tipologie di benefici:

1. maggiore qualità e sicurezza, minori errori e incidenti e quindi una migliore assistenza del paziente;
2. attività svolte più velocemente con migliori risultati;
3. aumento della produttività (le stesse persone con le stesse attrezzature si rendono conto di essere capaci di ottenere più risultati);
4. ambiente di lavoro stabile con procedure chiare e standardizzate che crea le basi per un miglioramento costante.

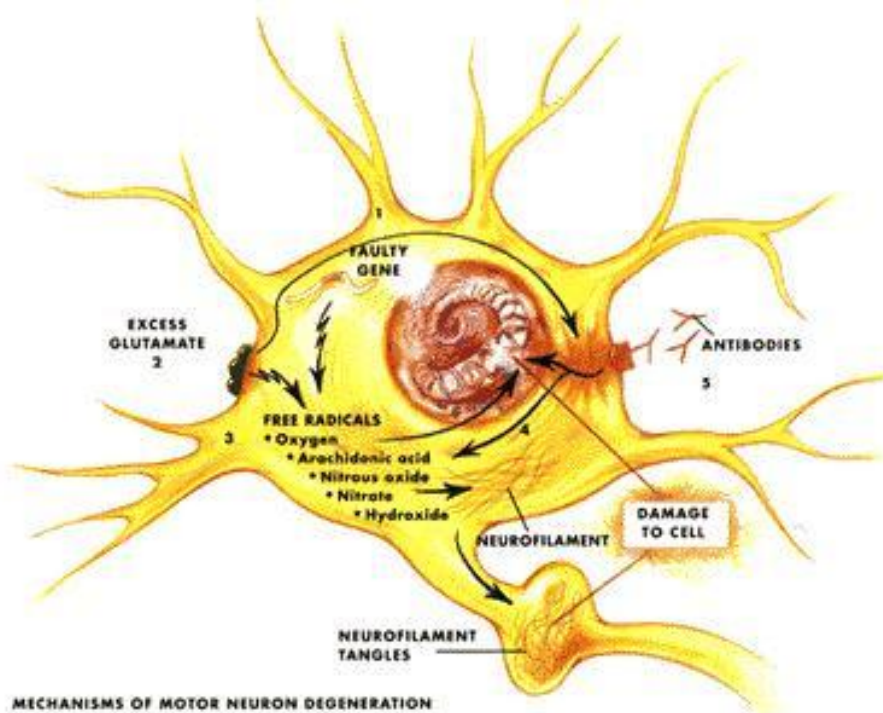
\* *Direttore Dipartimento Sanità pubblica  
Policlinico Gemelli - Roma - Presidente  
Società italiana medici manager*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



## Psicologi territoriali: sì alla nuova legge La parola ai Comuni

Di **ETTORE MAUTONE**

**Via libera del Consiglio regionale**, all'unanimità, alla proposta di legge ad iniziativa popolare che istituisce il servizio di Psicologia del territorio. L'obiettivo è garantire ai cittadini l'accesso a presta-



zioni sociali attinenti alle discipline psicologiche. La proposta di legge è stata sottoposta all'esame dell'Aula con la relazione del vice presidente della VI Commissione, **Luciano Schifone**, e della consigliera **Angela Cortese**, che ne hanno evidenziato l'importanza in un contesto sociale, come quello campano, dove il disagio è fortissimo e richiede risposte adeguate e specializzate.

La proposta di legge è stata positivamente commentata anche dal presidente della Commissione Sanità, **Michele Schiano Di Visconti**, che ha lavorato a stretto contatto di gomito con l'Ordine degli psicologi, e dal consigliere **Angelo Consoli** (Udc), propositore di un'iniziativa legislativa simile.

La legge prevede che i Comuni, in forma singola o associata, ovvero gli Ambiti territoriali competenti per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali, istituiscano nei Piani sociali di zona i servizi di Psicologia del territorio finalizzati a promuovere il pieno ed ar-

monico sviluppo psicologico dell'individuo in relazione ai contesti di vita (familiari, lavorativi, amicali, del tempo libero, associativi, e comunitari), contribuire al benessere nei sistemi di convivenza, fronteggiare e prevenire

fenomeni di disagi relazionali in famiglia, scuola, comunità.

Una occasione di lavoro in più per migliaia di professionisti. "È una grande vittoria per l'intera società campana" - commenta **Raffaele Felaco** presidente dell'Ordine degli Psicologi. Una legge che abbiamo elaborato noi e che 22 mila cittadini hanno sostenuto. Tutti i consiglieri regionali ne hanno compreso il valore e ne hanno favorito l'approvazione. Ed è per questo che li ringrazio pubblicamente. In questo momento mi ritornano in mente i volti e gli entusiasmi dei tantissimi colleghi che ci hanno creduto e hanno dedicato il loro tempo, la loro intelligenza, la loro competenza sociale, generosamente, a questa causa. Mi ricordo anche dei tanti Sindaci e dei tanti funzionari dei comuni e della Regione che, spontaneamente, hanno fatto il tifo per noi e agevolato tutte le prassi amministrative. ●●●

Scarica la legge



### Calcolosi renale: aumenta il rischio d'infarto

ai calcoli renali aumentano il rischio di malattia coronarica e quindi di infarto. A dimostrarlo è uno studio pubblicato nei giorni scorsi su *Lancet*, che ha coinvolto per vent'anni più di 242 mila persone sane, uomini e donne, tra i 25 e i 75. Quasi 20 mila hanno sviluppato nel corso degli anni calcoli renali e quasi 17 mila di loro sono andati incontro ad un infarto del miocardio, dimostrando quindi che il rischio di infarto in chi ha calcoli al rene aumenta di più del 50 per cento, soprattutto tra le donne.

### Pazienti affetti da Sla: riflettori accesi a salerno

**Programma regionale** sperimentale per persone affette da Sla e altre malattie del motoneurone. Oggi alle ore 10.30, nel Salone Bottiglieri di Palazzo Sant'Agostino, l'assessore alle Politiche del lavoro, Centri per l'Impiego e Pari opportunità della provincia di Salerno **Pina Esposito** convoca un incontro sul tema. Sono invitati il direttore generale dell'Asl Salerno **Antonio Squillante** il direttore della Struttura centrale integrazione Socio-sanitaria Asl Salerno, il presidente dell'Ordine dei medici di Salerno, i direttori dei Distretti sanitari ed i responsabili degli uffici di piano. L'incontro è finalizzato, in particolar modo, a monitorare lo stato delle liquidazioni degli assegni di cura al fine di garantire livelli uniformi di prestazioni su tutto il territorio provinciale.

### SALUTE MENTALE, SERVE OSSERVATORIO SUI SUICIDI

**Prevenzione e cura** delle forme di sofferenza psichica. Riflettori accesi del Consiglio comunale di Napoli in seguito alla tragica sequela di suicidi registrata nelle ultime settimane. La vicepresidenza del Consiglio comunale invoca la riapertura del servizio di assistenza notturna e festiva presso i Centri di salute mentale. Servizio sospeso ormai da molti mesi sul territorio cittadino. "L'improvvisa interruzione delle terapie ambulatoriali e domiciliari rischia di minare il percorso terapeutico non solo da un punto di vista fisiologico ma anche psichico, soprattutto per quei pazienti che vivono in condizioni di solitudine. I centri di salute mentale dovrebbero al contrario essere aperti 24 ore su 24, dovrebbero essere ben visibili alla popolazione e dotati di organici sufficienti e personale qualificato. Rivolgendosi all'Amministrazione, la Vicepresidente auspica il varo rapido dell'Osservatorio sulla salute mentale, già deliberato nei mesi scorsi dall'assessorato alle Politiche sociali. L'Osservatorio, ospitato in una struttura adeguata e rispondente alle necessità, costituirebbe non solo un primo presidio essenziale, ma anche un luogo dove raccogliere disagi e proposte concrete di modalità alternative di cura partecipate".

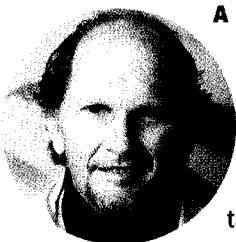
### Stop a neonati soffocati: corso della Croce Rossa

**Ultimo appuntamento** ieri, del ciclo di incontri gratuiti sulle manovre di disostruzione in età pediatrica organizzato dalla Croce rossa italiana a Vico Equense. "L'obiettivo di questi incontri - spiega **Antonio Coppola**, presidente del locale comitato della Cri - è la diffusione delle manovre di primo soccorso alla popolazione. Quando c'è qualcuno capace di intervenire efficacemente nei primi minuti di un'emergenza anche l'intervento di noi medici e del soccorso avanzato ha molte più probabilità di successo".

## VINO, NO A CHI FA SPORT

**Antiossidanti**, fanno bene alla salute, alla pelle, contrastano l'invecchiamento, ma attenzione a quelli del vino se si fa sport. Una nuova ricerca danese, dell'Università di Copenhagen, scopre che un composto antiossidante presente nell'uva rossa, e quindi anche nel vino, blocca molti dei benefici cardiovascolari dell'attività fisica tra gli uomini più anziani. L'antiossidante sotto accusa è il resveratrolo. Proprio di recente è stato indicato come un toccasana per combattere l'invecchiamento, disponibile anche come integratore alimentare e tra i principali elementi benefici del vino rosso. Una dieta molto ricca di antiossidanti rischia di impedire i benefici cardiovascolari.

## Malattie rare, ricerche Telethon: finanziati progetti per 10,5 mln



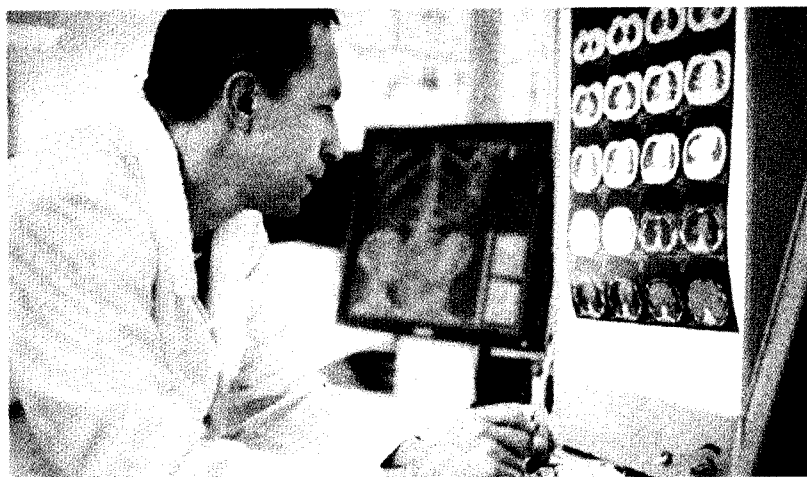
Andrea Ballabio

**A pochi giorni** dall'annuncio del successo della Terapia genica su sei bambini affetti da due gravi malattie genetiche arriva un'altra buona notizia da Telethon: a seguito della valutazione da parte della Commissione medico scientifica della Fondazione sono stati infatti assegnati 10,5

milioni di euro ai migliori progetti di ricerca proposti da ricercatori di tutto il Paese. In totale sono 38 i progetti che hanno meritato un finanziamento e 69 i laboratori italiani coinvolti, distribuiti in tredici regioni. Complessivamente sono state 260 le proposte di progetto pervenute a gennaio, alla chiusura del bando; di queste, 160 hanno raggiunto la fase finale del processo di valutazione, che si è svolta a Milano il 20 e 21 giugno scorsi.

I fondi assegnati a questi gruppi vanno così ad aggiungersi a quelli destinati al lavoro degli Istituti Telethon di Napoli e Milano, diretti rispettivamente da **Andrea Ballabio** e **Luigi Naldini** ed al programma di sviluppo delle carriere dell'Istituto Telethon Dulbecco. I progetti finanziati riguardano quaranta diverse malattie genetiche, alcune già studiate da molti anni come l'atrofia muscolare spinale, la distrofia di Duchenne o la talassemia, altre che invece ricevono per la prima volta un finanziamento Telethon, come le rarissime sindromi di Kabuki e ring 14. La selezione - spiega la Fondazione - si è svolta secondo il metodo internazionalmente condiviso del "peer-review" e ha coinvolto i trenta eminenti scienziati della Commissione (provenienti da 9 Paesi; uno solo dall'Italia), che si sono avvalsi anche della consulenza di oltre trecento revisori da ventisei diversi paesi del mondo: grazie a questo sistema rigoroso è stato possibile selezionare i migliori tra i progetti proposti.

# Professioni tecnico-sanitarie: nuovi Ordini



Di **MAURO TONETTI**

**Il Consiglio dei ministri** dà il via libera ad un disegno di legge omnibus che prevede, tra le altre cose, la riorganizzazione delle professioni sanitarie. Se l'iter parlamentare non modificherà il testo, il disegno di legge darà una nuova regolamentazione a 600 mila professionisti della salute non inquadrati in un ordine: infermieri, ostetriche, tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (in cui rientreranno anche gli assistenti sanitari).

Tutte professioni che oggi hanno proprie associazioni private che le rappresentano e che, diventando ordini, saranno organi sussidiari dello Stato, dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare ai quali - e qui sta un fatto importante - non si estendono le norme di contenimento della spesa pubblica (spending-review). Saranno vigilati dal ministero, avranno i loro albi e saranno articolati a livello territoriale e nazionale.

### Pollice in giù di Adiconsum

"Professioni quindi, che non risponderanno al mercato e alle singole capacità ma alle disposizioni decise dall'alto - avverte Adiconsum associazione per la difesa dei consumatori - che saranno ufficialmente una tutela della professiona-

lità per gli utenti dei servizi ma, di fatto, un sistema di controllo e imposizione per chiunque, avendone le qualità e i titoli professionali, voglia esercitare una di queste specifiche attività. In un contesto economico e politico che va verso le liberalizzazioni la blindatura di ulteriori professionalità alle disposizioni centrali, scollandole da un contesto complessivo.

### Niente spending review

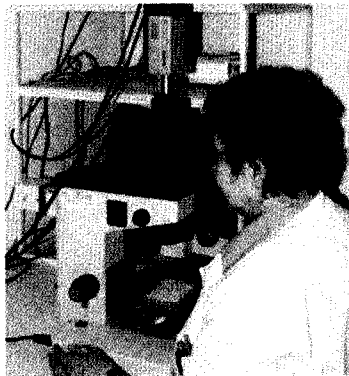
Gli ordini non sono sottoposti alla spending review pur sottoposti ad una visione e un intervento statale piuttosto che alle singole capacità di essere sul mercato, ci sembra espressione di una tutela schizoide e corporativa degna dei più autorevoli sistemi statalisti che alimentano povertà, crisi, clientelismo e demotivazioni.

Non crediamo che il Parlamento interverrà in modo pesante contro questo disegno di legge poiché non ci sembra ci siano, al di là di singole e sparse individualità raggruppamenti che, nella loro azione istituzionale, tendano al libero mercato, oltre che a dirlo in pubblico. Ma è bene che, chi con noi ha a cuore la libertà economica come motore di rinascita per i singoli, vi ponga attenzione: i nuovi disastri che avranno origine da queste scelte, forse un domani potranno servire a non ulteriormente replicare nella difesa delle corporazioni". ●●●

## Cancro, nuove cure: la farmacogenomica più della genetica

Di **ETTORE MAUTONE**

La **Farmacogenomica** è la nuova frontiera della medicina personalizzata. All'Sdn nuovi percorsi diagnostici che coniugano prevenzione e predizione delle malattie. Mentre per le previsioni sulle grandi patologie (soprattutto oncologiche e cardiovascolari) la genetica ha ancora tanta strada da fare la farmacogenomica segna le nuove frontiere



della medicina genetica. All'interno del ciclo Salute e ricerca scientifica, ideato e promosso dall'Istituto Sdn di Napoli, in cattedra arriva **Giuseppe Novelli**, direttore del laboratorio di Genetica medica del Policlinico dell'Università di Roma Tor Vergata e genetista di fama internazionale.

A lui si devono, tra le altre cose, la scoperta della causa della malattia di Laron, della displasia mandibulo acrale e quindi dell'invecchiamento precoce su base genetica, e l'identificazione di una nuova proteina importante nella protezione dell'infarto del miocardio, come la loxina. Nella lezione magistrale su Medicina genomica e personalizzata le speranze delle nuove frontiere della scienza e dei suoi limiti. Fondamentale per stoppare quei sogni predittivi che oggi alimentano il business delle mappature genetiche, soprattutto on-line.

della genetica diagnostica. Ed è stato proprio questo il tema del dibattito seguito alla lezione e alimentato dai ricercatori dell'Istituto Sdn e da una parterre di illustri studiosi: tra essi **Franco Salvatore**, direttore del Ceinge, **Andrea Soricelli**, docente di Diagnostica per immagini all'Università Parthenope di Napoli, **Claudio Napoli**, ordinario di Immunoematologia alla Seconda Università di Napoli e **Marco Salvatore**, fondatore dell'Istituto Sdn. "Il grande limite della medicina genomica - evidenzia Claudio Napoli - è quello di essere efficace, almeno per ora, solo su patologie che impattano uno scarso numero di soggetti a rischio mentre sulle grandi malattie dell'era moderna come quelle oncologiche e quelle cardiovascolari non ci sono ancora elementi predittivi utili. Ed è per questo, come spiega al termine dell'incontro **Maria Antonia Di Palma**, direttore sanitario dell'Istituto Sdn. ●●●

"I test genetici - spiega Novelli - hanno, per ora, una grande utilità soprattutto in campo farmacologico, poiché consentono di identificare le terapie più efficaci e quelle invece controindicate per curare i singoli individui". Insomma è la farmacogenomica la scienza esatta della medicina genetica, mentre c'è ancora tanto da fare per raggiungere risultati importanti nel campo

### Tumore al seno, Herceptin Rischio cardiaco in over-70

**Duemila donne** lombarde, affette da tumore della mammella in fase iniziale caratterizzato dal recettore Her 2-positivo, trattate con Trastuzumab nella pratica clinica tra il 2006 e il 2009 che hanno sviluppato almeno un problema cardiaco di gravità tale da richiedere un'ospedalizzazione sono risultate pari al 2,6 per cento del totale fino a raggiungere circa il 10 per cento in pazienti con età superiore ai 70 anni. I risultati della ricerca suggeriscono che il profilo rischio-beneficio del trastuzumab vada sottoposto ad una più attenta valutazione al fine di elaborare strategie atte a ridurre il rischio di eventi cardiocitossici in particolari sottogruppi di pazienti quali donne anziane con più di 70 anni e con fattori di rischio cardiovascolari. Il Trastuzumab (Herceptin), dal momento della sua approvazione, è diventato lo standard terapeutico nel tumore della mammella Her2-positivo, dapprima per la malattia metastatica ed, in seguito, anche nelle fasi iniziali.

### Interno coscia e braccia Radiofrequenza come lifting

L'impiego della radiofrequenza per il trattamento di adiposità localizzate all'interno coscia e braccia è una tecnica non invasiva alternativa al lifting. "Si tratta - avverte Alfredo Borriello, chirurgo plastico all'ospedale Vecchio Pellegrini, di una combinazione fra laser e radiofrequenza che porta ottimi risultati alla correzione di inestetismi molto frequenti, ovvero la perdita di tono dei tessuti di zone molto delicate del corpo. Una possibile soluzione è il ricorso alla chirurgia, che impiega tecniche sicuramente efficaci, come il lifting delle braccia e delle cosce, ma risultano molto impegnative e lasciano inevitabili cicatrici.

### CNR, LOTTA AI TUMORI: SPERANZE DA UN FUNGO

**Scoperta una possibile** modalità di lotta alla proliferazione tumorale attraverso l'inibizione del processo di divisione cellulare. Il risultato è di un gruppo di ricercatori guidato da **Daniela Corda**, direttore dell'Istituto di biochimica delle proteine del Consiglio nazionale delle ricerche (Ibp-Cnr) di Napoli pubblicato su Pnas. Come è noto le cellule cancerose si caratterizzano per una proliferazione incontrollata per cui molti trattamenti antitumorali hanno come bersaglio i meccanismi regolatori della mitosi, cioè della divisione cellulare. "Il nostro studio parte dalla biomolecola Nad+, fondamentale per il metabolismo cellulare e che rende possibile, tra le altre cose, una delle modifiche delle proteine (la Adp-ribosilazione). Abbiamo scoperto che questa biomolecola, in presenza dell'enzima Cd38 e insieme a una tossina fungina scoperta originariamente come antibiotico, la brefeldina A, forma una nuova molecola, detta Bac (Bfa-Adp-ribosylated substrate). Quest'ultima è in grado di legare specificatamente una proteina che regola il ciclo cellulare, Ctp1/Bars, la quale una volta modificata, viene inibita e quindi blocca la proliferazione delle cellule tumorali". "La proteina Ctp1/Bars ha molte funzioni: nel nucleo contribuisce a bloccare la trascrizione di geni che determinano la morte cellulare per apoptosi.

## **Psicoanalisi**

### Per la prima volta un italiano presidente mondiale freudiano

Un italiano per la prima volta sarà a capo della Società psicoanalitica voluta da Sigmund Freud: lo psicoanalista, psichiatra e scrittore Stefano Bolognini (sessantatré anni, già presidente della Spi, Società Psicoanalitica italiana) dopo essere stato eletto nel 2011 entrerà in carica secondo il regolamento come presidente effettivo, dell'Ipa, Società Psicoanalitica Internazionale, fondata a Norimberga nel 1910, un'organizzazione che vanta dodicimila mila iscritti e duemila allievi in tutto il mondo. La cerimonia per la nomina avverrà il 4 agosto a Praga, in chiusura del congresso mondiale intitolato «Facing the pain» (affrontare il dolore).

UN TENTATIVO

DI PORRE FINE AL CAOS OGGI IMPERANTE

## Autismo, tutti i disturbi ricondotti a una sola «etichetta»

La ricerca internazionale si svolge in inglese e il Dsm V la influenzerà pesantemente anche nei Paesi che non sono anglofoni, modificando una situazione che finora vedeva invece una sostanziale corrispondenza fra l'ultima revisione del Dsm IV e la classificazione internazionale delle malattie dell'Oms, la Icd 10.

L'Icd 10 nella traduzione dell'Istat dovrebbe essere usata per tutta la certificazione scolastica della disabilità, mentre in realtà prevale la traduzione non ufficiale della "Guida tascabile" edita privatamente quattro anni prima di quella ufficiale, che chiama F84 "Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico". Sono equivalenti le sottocategorie da F84.0 a F84.5, mentre torna la differenza per F84.8 "Altre sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico" e F84.9 "Sindrome non specificata da alterazione globale dello sviluppo psicologico".

Per accrescere la confusione si deve ricordare che la certificazione previdenziale dell'Inps richiede la classificazione Icd 9, che ancora riportava la dizione 299 "Psicosi con origine specifica nell'infanzia", divisa in: "Autismo infantile"; "Psicosi disintegrativa"; "Altre"; "Non specificata".

Per queste definizioni la Guida tascabile riporta una tabella di conversione fra Icd 9 e Icd 10. Infine, non si dimentichi che il sistema di rimborsi italiano, che riprende il Drg americano del 1983, utilizza l'Icd 9 Cm. Con la confusione imperante molti neuropsichiatri italiani utilizzano la classificazione Dsm IV oppure classificazioni ancora meno condivise, come la "0 to 3" e altre ancora di fantasia, come quella di "Tratti di autismo".

Autismo infantile precoce: così Kanner aveva definito questa sindrome nel 1943, fissandone l'esordio entro tre anni di età. Fin dall'inizio la denominazione era scorretta, in quanto Kanner aveva ripreso la parola "autismo" dalla precedente definizione di Bleuler, che aveva distinto come autistica la fase della chiusura in sé stessi dei soggetti bipolari. Kanner ha compiuto ben altri errori - come quello di credere che l'autismo derivasse da carenza di affetto della madre - ma già con la sua prima denominazione aveva posto le premesse per gravi conseguenze nel riconoscimento e nel trattamento della sindrome, che meglio sarebbe stato chiamare sindrome di Kanner, giusto riconoscimento al suo scopritore. Infatti, la parola autismo favorisce la confusione fra una patologia psichiatrica

ca a insorgenza in età adulta e questa sindrome, che per le sue particolarità, come l'età di insorgenza, la cronicità e la diversa risposta ai farmaci, avrebbe ben meritato un nome nuovo e diverso.

L'aggiunta dell'aggettivo "infantile", che nelle intenzioni di Kanner avrebbe dovuto fare la differenza, è diventata un ulteriore grave problema nella classificazione. In particolare in Italia, dove c'è differenza tra specializzazione in psichiatria e neuropsichiatria infantile, la quasi totalità degli psichiatri ha creduto che l'autismo di Kanner fosse una sindrome da bambini e quando lo psichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza passava loro le consegne per un paziente divenuto maggiorenne si sentivano in dovere di togliere quell'etichetta diagnostica considerata infantile, mutandola in una general formula del tipo: handicap mentale adulto, che non si ritiene neppure degno di essere preso in carico da medici e viene delegato ai servizi sociali.

Questo spiega perché una sindrome sempre meglio riconosciuta, che oggi arriva a interessare oltre l'1 per cento della popolazione infantile americana di 9 anni, secondo il Cdc di Atlanta, e quasi il 4 per mille della popolazione infantile, secondo il Piemonte e l'Emilia Romagna, sparisce quasi del tutto nell'età adulta. Dato che le persone con autismo non guariscono e non muoiono al compimento della maggiore età, la spiegazione dello strano fenomeno non può essere altra che una cattiva interpretazione di una denominazione di per sé confondente.

Salta agli occhi la maldestra sottoclassificazione dell'F84 dell'Icd 10, dove quattro classificazioni sulle sette esistenti sono definite in maniera residuale (.2 atipica, .3 altro tipo, .8 altro tipo, .9 residuale) e nessuno piangerà quando verrà cambiato. Il Dsm IV già manteneva più stretto il ventaglio e il Dsm V riunifica tutte le sindromi sotto la sola voce "Disturbi dello spettro autistico", senza altre distinzioni che non siano quelle della gravità: nessuno potrebbe pensare di equiparare la gravità dei bisogni dell'autismo infantile con quella della sindrome di Asperger, che ora rientra bene nell'unica dizione "Disturbi dello spettro autistico" perché il Dsm V cambia i criteri di classificazione e riduce la triade descritta dal Dsm-IV (i- deficit nel comportamento sociale, ii- ritardo del linguaggio, iii- comportamenti ripetitivi e interessi ristretti) in due sole classi: i- difficoltà di comunicazione sociale e ii- comportamenti ripetitivi o restrittivi. Infatti i soggetti con sindrome di Asperger

non mostrano ritardo del linguaggio ma solo le altre 2 condizioni.

Nel Dsm V la Sindrome di Rett viene esclusa dal gruppo, in quanto si sono trovati i difetti genetici che la provocano: MEC P2, CDKL5 e altri. In questi casi già oggi più che di autismo sindromico si dovrebbe parlare di quella specifica sindrome genetica aggiungendo alla diagnosi eziologica: "Con comportamento autistico".

Quindi la categoria Disturbi dello spettro autistico, così come F84 dell'Icd 10, sarà sfogliata come una margherita via via che aumentano le conoscenze della genetica, se si cercheranno con gli esami le diagnosi eziologiche già oggi note per provocare autismo e quelle, oggi ignote, che diventeranno note in futuro.

**Carlo Hanau**

Docente di Statistica medica Università di Modena e Reggio Emilia -

Componente del Comitato scientifico Angsa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### La classificazione Icd 10 (\*)

#### F84 Disturbi evolutivi globali:

F84.0 Autismo infantile

F84.1 Autismo atipico

F84.2 Sindrome di Rett

F84.3 Sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo

F84.4 Disturbo iperattivo associato a ritardo mentale e a movimenti stereotipati

F84.5 Sindrome di Asperger

F84.8 Disturbo evolutivo globale di altro tipo

F84.9 Disturbo evolutivo globale non specificato

(\*) Traduzione Istat 2000

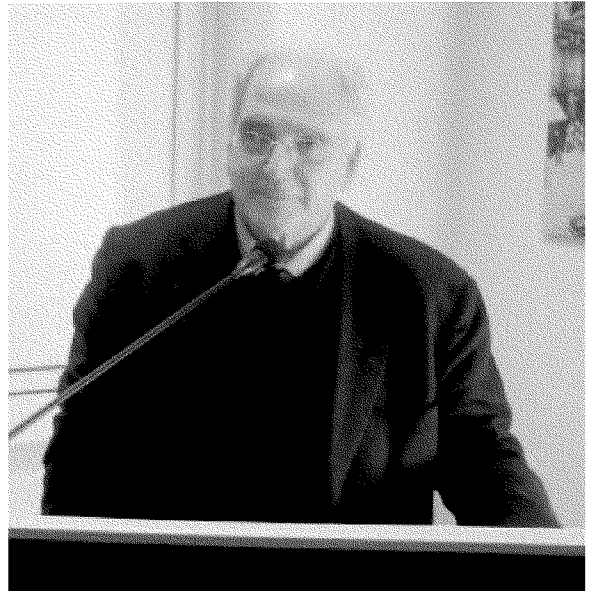
# Cure personalizzate, la risposta genetica

di Carolina Giacco

**L**a medicina predittiva, il sogno di ogni paziente, ha ancora tanta strada da fare e la medicina preventiva, per ora, resta l'unica garanzia. E' questa la sintesi dell'ultimo incontro del ciclo "Salute e Ricerca Scientifica", ideato e promosso dall'Istituto Sdn di Napoli, che da anni, oltre all'attività diagnostica, svolge attività di ricerca scientifica e clinica in campo biomedico, promuove il trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica e all'industria e finanzia numerose attività di alta formazione con l'obiettivo di stimolare il dibattito scientifico tra studenti universitari, giovani ricercatori e l'intera comunità scientifica del settore sanitario. Protagonista dell'ultima lezione magistrale, prima della pausa estiva, è stato Giuseppe Novelli, direttore del Laboratorio di Genetica medica del Policlinico dell'Università di Roma "Tor Vergata" e genetista di fama internazionale (a lui si devono, tra le altre cose, la scoperta della causa della malattia di Laron, della displasia mandibulo acrale e quindi dell'invecchiamento precoce su base genetica, di alcune forme di psoriasi e l'identificazione di una nuova proteina importante nella protezione dell'infarto del miocardio, come la loxina). Molto attuale e delicato il tema del suo intervento: "Medicina genomica e personalizzata". Un intervento preciso e razionale che non ha lasciato spazio ad un eccesso di "sogni" predittivi, che oggi alimentano il business delle mappature genetiche, soprattutto online. «I test genetici - ha spiegato Novelli - hanno, per ora, una grande utilità soprattutto in campo farmacologico, poiché consentono di identificare le terapie più efficaci e quelle invece controindicate per curare i singoli individui». Insomma siamo nel campo della "farmacogenomica", come ha precisato Novelli, un nuovo approccio diagnostico-terapeutico che gli inglesi chiamano "medicina di

precisione" e che attraverso lo studio dei geni consente di poter stabilire la dose esatta di farmaco da somministrare per curare un paziente senza rischi. «Significa sapere esattamente cosa si ha di fronte e di cosa si sta parlando - ha spiegato Novelli - evitando così reazioni dannose per il paziente». La medicina di precisione ha permesso, infatti, di eliminare in tre anni dall'Italia, il rischio di sviluppare una particolare reazione all'Abacavir, un farmaco utilizzato per la cura dell'aids.

C'è ancora tanto da fare, invece, in campo scientifico per raggiungere risultati importanti nel campo della genetica diagnostica. Ed è stato proprio questo il tema del dibattito seguito alla lezione, alimentato dai ricercatori dell'Istituto Sdn e da una parterre di illustri studiosi: Franco Salvatore, direttore del Ceinge, Andrea Soricelli, professore di Diagnostica per immagini all'Università "Parthenope" di Napoli, Claudio Napoli, professore ordinario di Immunematologia alla Seconda Università di Napoli e Marco Salvatore (nella foto), fondatore dell'Istituto Sdn. «Il grande limite della medicina genomica - ha evidenziato Claudio Napoli - è quello di essere efficace, almeno per ora, solo su patologie che impattano uno scarso numero di soggetti a rischio mentre sulle "grandi malattie" dell'era moderna come quelle oncologiche e quelle cardiovascolari non ci sono ancora elementi predittivi utili». Insomma come ha sottolineato, al termine dell'incontro, Maria Antonia Di Palma, direttore sanitario dell'Istituto Sdn, «la medicina predittiva, che si rivolge ad individui sani, nei quali cerca la fragilità o il difet-



to che conferiscono loro la predisposizione a sviluppare una malattia, è meramente probabilistica e individuale mentre le certezze sulla presenza o sull'assenza di una malattia arrivano dalla medicina preventiva, che si fonda, invece, sull'epidemiologia e si applica all'intera popolazione». Ed è per questo, come ha spiegato la Di Palma, che l'Istituto Sdn ha scelto da sempre di investire in apparecchiature ad alta innovazione tecnologica che ne fanno, ad oggi, una delle strutture sanitarie di maggiore prestigio a livello internazionale in grado di offrire ai propri utenti, nel percorso clinico della durata di un solo giorno, sia pacchetti di prevenzione personalizzati, costruiti per genere e classe di età, finalizzati alla diagnosi precoce di patologie di grande rilevanza tra le quali le patologie cardiovascolari ed oncologiche, sia test genetici predittivi per la risposta alle terapie farmacologiche in alcune selezionate malattie. Un giusto compromesso, dunque, tra medicina personalizzata ed evidenze scientifiche.