

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 04 GIUGNO 2014

Corte dei Conti. Spesa sanitaria ridotta. "Ma lavorare su appropriatezza, ticket e costi standard per migliorare e tornare a investire"

I progressi degli ultimi anni nel contenimento dei costi per l'assistenza sanitaria non devono infatti far dimenticare le sfide in corso e quelle future. Le ricette per vincerle sono, secondo i giudici contabili, in particolare tre: appropriatezza, ticket e costi standard. Le osservazioni della Corte dei Conti nel "Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica" presentato oggi. [IL TESTO.](#)

"L'esercizio che si è chiuso ha confermato i buoni risultati di un sistema di gestione basato sul confronto tra diversi livelli di governo. Ma ha anche reso evidente il limite con cui il comparto dovrà fare i conti nell'immediato futuro: ritrovare al suo interno le risorse per rispondere alle necessità di adeguamento delle prestazioni e di garanzia della qualità delle cure. Elementi che hanno fatto finora e dovranno fare nel prossimo futuro del sistema sanitario un fattore strategico del nostro sistema, garantendo una qualità dell'offerta che pone il nostro paese, almeno in questo campo, tra i primi posti nelle classifiche mondiali". Sono queste le conclusioni e allo stesso tempo e presupposti per migliorare espressi riguardo alla sanità dai giudici della Corte dei Conti nel Rapporto 2014 sul Coordinamento della Finanza Pubblica presentato oggi al Senato ([leggi anche la relazione introduttiva del Presidente Raffaele Squitieri](#)).

Se infatti è vero che nel 2013 si confermano i progressi, già evidenziati negli ultimi esercizi, nel contenimento dei costi per l'assistenza sanitaria (la spesa complessiva ha continuato a ridursi, pur se a ritmi inferiori allo scorso biennio. La spesa è stata di circa 2 miliardi inferiore alle attese, confermando la sua stabilizzazione in termini di prodotto al 7 per cento) e che il processo di riassorbimento dei disavanzi nelle regioni in squilibrio strutturale prosegue, "pur presentando quest'anno alcune incertezze", è anche vero che la scelta di non intaccare, almeno nel breve periodo, le risorse destinate alla sanità, ma di trovare all'interno del settore le risorse per affrontare i nuovi bisogni e le somme da destinare al finanziamento degli investimenti "non riduce l'impegno che si presenta per gli esercizi a venire" e che l'importanza e l'urgenza di accelerare gli interventi di riadeguamento delle strutture e di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni rese ai cittadini "non può essere più, tuttavia, un alibi per un allungamento senza limiti del riassorbimento degli squilibri".

In che modo? Per i giudici contabili il riassorbimento degli squilibri richiede l'elaborazione di soluzioni organizzative e scelte gestionali, che non possono essere il portato solo della proposizione di un vincolo finanziario.

L'appropriatezza è, secondo la Corte dei Conti, "una scelta obbligata". E per i giudici contabili "un elemento cardine" di una strategia che punta a recuperare margini di manovra dal riassorbimento delle spese inappropriate è costituito dal processo di razionalizzazione delle reti ospedaliere. "Mantenere strutture ospedaliere di piccole dimensioni e conseguente frammentazione e duplicazione dell'offerta ospedaliera – si legge nel Rapporto -, comporta sia problemi sul campo della sicurezza, sia

limiti alla qualità dell'assistenza erogabile. La chiusura dei piccoli ospedali (al di sotto dei 60 posti letto ancora non completamente definito) e il raggiungimento dello standard di 3,7 posti letto per mille abitanti, nel corso del triennio potrebbe determinare una riduzione di oltre 7000 posti letto. Ciò consentirebbe il recupero delle risorse necessarie per potenziare l'assistenza territoriale e domiciliare, fornendo in tal modo una risposta alla domanda posta dalla forte crescita di patologie croniche – degenerative dovute all'invecchiamento della popolazione”.

In questo ambito, per la Corte dei Conti “concordare le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei nell'intero territorio nazionale, in termini sia di adeguatezza delle strutture, sia di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti serviti e al livello di complessità della struttura, rappresenta un passo importante verso il riassorbimento di inefficienze e inapproprietezze. Ciò richiederà una classificazione delle strutture ospedaliere secondo livelli gerarchici di complessità e bacini di utenza, standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina, mirati ad offrire una buona qualità delle prestazioni attraverso una concentrazione in un numero limitato di presidi cui affluisce un numero elevato di pazienti, previsione di standard generali di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento e standard specifici per l'alta specialità”.

Chiaro, secondo la Corte dei Conti, che la riorganizzazione della rete ospedaliera “dovrebbe accompagnarsi al potenziamento di strutture di degenza post acuta e di residenzialità, ad uno **sviluppo dell'assistenza territoriale** che agevoli la dimissione al fine di minimizzare la degenza non necessaria, favorendo contemporaneamente il reinserimento nell'ambiente di vita e il miglioramento della qualità dell'assistenza”. Al contrario, “il ritardo nella definizione di una adeguata offerta di servizi rappresenta – secondo la Corte dei Conti -, in un rilevante numero di realtà territoriali, il nodo più problematico. Non si tratta solo di livelli di assistenza insoddisfacenti, ma anche di alimentare fenomeni di utilizzo inappropriato”.

In questo quadro, per la Corte dei Conti “andranno ridefiniti, poi, interventi in grado di incidere sugli accessi non appropriati ai pronto soccorsi e alle prestazioni basate su apparecchiature, di indagine diagnostiche e ai relativi percorsi diagnostico – terapeutici. Le risorse che verranno risparmiate attraverso l'applicazione di tali misure oggetto del Patto dovranno essere reinvestite ad invarianza del finanziamento annuale previsto”.

Alcune possibilità sono offerte anche dalle compartecipazioni alla spesa, cioè i **ticket**, secondo i giudici contabili. Ma in che misura? “Sull'utilizzo del sistema di compartecipazione alla spesa come strumento per ottenere un uso più appropriato dei servizi sanitari sono state avanzate, da più parti, riserve. Certamente, sono le scelte del medico prescrittore a dover essere monitorate e controllate per ottenere un miglioramento nell'utilizzo delle risorse. Puntare sui medici di medicina generale per perseguire un miglioramento della appropriatezza rappresenta una scelta più efficiente rispetto all'affidarsi al paziente facendo leva sulla sua capacità di spesa”, premettono i giudici contabili. Che aggiungono: “Inoltre il solo riferimento ai risultati economici non può in ogni caso consentire di valutare in che misura lo sforzo richiesto attraverso un crescente ricorso a sistemi di compartecipazione si sia tradotto in una diminuzione delle prestazioni richieste a ragione della crisi economica, o in fenomeni di razionamento dell'offerta e della domanda, o ancora in un trasferimento verso acquisti privati della popolazione non esente che avrebbe dovuto corrispondere in alcuni casi importi superiori al prezzo delle prestazioni”.

Comunque, per la Corte dei Conti va considerato che, “in una fase come quella attuale di revisione dei confini entro cui estendere le prestazioni pubbliche, contare su di un sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e di esenzione può essere un elemento determinante”. In particolare “prevedere una tariffa per alcune prestazioni, attraverso un riferimento determinante alla ‘condizione economica’ del nucleo familiare (garantendo tuttavia l'accessibilità delle prestazioni sanitarie, evitando che la quota di partecipazione richiesta costituisca un ostacolo alla fruizione o spinga gli assistiti anche per questioni di convenienza all'acquisto di prestazioni in regime privatistico) e procedere ad una attenta revisione delle ragioni di esenzione può rappresentare una soluzione utile, evitando di sovraccaricare il sistema fiscale e collegando parte del costo della fruizione all'effettivo accesso alle prestazioni”.

Per limitare l'impatto di questi cambiamenti sui soggetti esenti per patologia o per invalidità, obbligati in virtù della loro condizione a usufruire con elevata frequenza alle prestazioni del SSN nelle diverse aree (farmaceutica, specialistica, day hospital, ecc.), nel rapporto si cita la possibilità di fissare un tetto massimo annuo di spesa da partecipazione, eventualmente articolato in funzione delle fasce di Reddito, al raggiungimento del quale le prestazioni sarebbero fornite gratuitamente. "Un passo fondamentale – sottolineano tuttavia i giudici contabili - è rappresentato dall'assunzione di un chiaro elemento di valutazione della condizione reddituale, con caratteristiche che riducano le differenze di trattamento a parità di condizioni di reddito. La complessità nella gestione da parte del cittadino delle informazioni per valutare la situazione economica del nucleo familiare è alla base delle riserve avanzate sulla utilizzazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE). Pur recentemente aggiornato, esso presenta ancora elementi di criticità che ne rendono difficile l'utilizzo in ambito sanitario".

Per questo la possibilità di utilizzare, almeno in via transitoria, un indicatore più semplice, costruito su informazioni (composizione del nucleo familiare fiscale, redditi dichiarati a fini IRPEF) già presenti presso l'Amministrazione finanziaria consentirebbe, per la Corte dei Conti, di "mettere a disposizione dei medici prescrittori, nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria, l'informazione relativa all'appartenenza di ogni assistito ad una classe di "reddito equivalente", cui potrebbero essere associati benefici in termini di partecipazione alla spesa sanitaria".

Su questa e su tutte le altre ipotesi di revisione dell'attuale sistema di compartecipazione "il nuovo Patto si dovrà pronunciare per far sì che le compartecipazioni possano contribuire a preservare un servizio sanitario di qualità, contemperando le esigenze di bilancio con la tutela degli accessi ai servizi", osservano i giudici contabili.

Secondo i quali un altro aspetto su cui il nuovo patto della salute dovrà dare risposte è come consentire il **riavvio degli investimenti in sanità**. "I nuovi scenari della domanda e dell'assistenza, le nuove tecnologie, gli obiettivi di appropriatezza e di efficienza tecnica ed economica delle strutture sanitarie richiedono, oltre ad una attenta ridefinizione degli assetti organizzativi, anche investimenti per la riconversione delle strutture ospedaliere dismesse, per potenziare l'offerta strutturale e tecnologica a livello territoriale e distrettuale", osservano infatti.

Le risorse da destinare a interventi attraverso Accordi di programma, ma di cui deve essere individuata copertura finanziaria (e compatibilità con gli obiettivi di finanza pubblica) ammontano, secondo i giudici contabili, a circa 5,079 miliardi, cui vanno aggiunti 850 milioni pregressi non ancora ripartiti. "Risorse che – si legge nel rapporto - andranno individuate anche ricorrendo a misure di cofinanziamento per l'edilizia sanitaria, attraverso i Programmi Operativi Nazionali e con l'inserimento di tali interventi e delle relative risorse nell'ambito dei Programmi Operativi Regionali (POR) del Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020. Vi è poi l'ipotesi – osservano i giudici contabili - di consentire, per il triennio 2014-2017, l'accesso ad una provvista finanziaria presso la Cassa Depositi e Prestiti, cui si dovrebbe far cenno nel nuovo Patto della salute. Tale soluzione, per garantire il rispetto dei vincoli di finanza pubblica, dovrebbe prevedere una copertura a carico delle Regioni. La sua praticabilità dovrà essere valutata in base ai margini ancora disponibili nei bilanci degli enti a fronte del forte impegno affrontato da alcune regioni con il ricorso ad anticipazioni per il pagamento dei debiti verso fornitori. Nel nuovo Patto sarà, altresì, previsto l'impegno per una revisione della normativa tecnica in materia di sicurezza, igiene e utilizzazione degli ambienti specifica per il settore, cui adeguare le strutture sanitarie esistenti".

Infine la Corte dei Conti richiama l'attenzione sui **costi standard e l'armonizzazione contabile**, definendoli "due passaggi interconnessi". Secondo la Corte dei Conti, tuttavia, il primo anno di applicazione dei costi standard per il riparto "non ha cambiato in maniera sostanziale i risultati ottenuti con la procedura di definizione dei fabbisogni sanitari regionali vigente in passato. La popolazione pesata di ciascuna regione è rimasta l'elemento principale per la quantificazione dei fabbisogni sanitari regionali". Secondo i giudici contabili "per rendere effettivo il percorso di applicazione dei costi standard e dei fabbisogni standard in sanità, sarà necessario operare una revisione dei criteri di pesatura della quota capitaria (attualmente basati sui consumi ospedalieri e di specialistica ambulatoriale per fascia di età della popolazione residente). Un eventuale passaggio a criteri basati

anche sui consumi di altri ambiti assistenziali, nonché su indici di prevalenza delle malattie o indicatori socio-economici potrebbe produrre modifiche di maggior rilievo. Un passaggio per il quale è necessario disporre di adeguati flussi informativi (sull'assistenza domiciliare, sull'assistenza residenziale, sulla salute mentale e sulla dipendenza patologica e emergenza-urgenza) e di criteri di costruzione dei dati contabili affidabili e omogenei".

Dunque, sottolineano i giudici contabili, "una migliore metodologia di individuazione dei costi standard è, quindi, strettamente legata al processo di certificazione dei dati contabili nonché all'implementazione in ogni regione ed in ogni azienda sanitaria di sistemi di controllo di gestione e di contabilità analitica. Solo partendo da costi certi sarà possibile individuare costi standard attendibili".

plexità, le nuove sfide e ad interpretare e sostenere il cambiamento.



SSN: DA COMMISSIONI CAMERA OK TESTO SU SOSTENIBILITA'

(AGI) - Roma, 4 giu. - De-ospedalizzazione, investimenti sulla specializzazione degli ospedali e sulla medicina territoriale, con un occhio di riguardo alla medicina personalizzata e alla tele medicina. Meno potere alle Regioni, che restano Enti erogatori, con una riforma del Titolo V che riveda il modello di governance e riassegni allo Stato poteri di definizione degli standard, di controllo, intervento e verifica su erogazione e uniformita' dei Livelli essenziali di assistenza. Sono alcuni dei principali contenuti del documento elaborato e licenziato congiuntamente, oggi dopo molti mesi di discussione e audizioni di tutti i soggetti coinvolti, dalle commissioni Affari sociali e Bilancio della Camera sulla sostenibilita' del servizio sanitario nazionale. Il documento, approvato all'unanimita' con la sola astensione dei deputati del Movimento 5 Stelle e che sara' presentato in luglio alla Camera, prevede anche un'attenuazione dei costi standard, una riflessione sul sistema di finanziamento e sulle assicurazioni e controlli sostanziali sulla contabilita' delle imprese. Nel corso della discussione odierna, inoltre, e' stato ribadito come tutti i risparmi realizzati in sanita' debbano rimanere nel settore, sotto forma di investimenti. "Dopo un lungo lavoro di ascolto, analisi, confronto e sintesi con associazioni, sindacati, istituzioni e centri studi, abbiamo finalmente approvato un documento tutto coraggio e concretezza per assicurare al Servizio sanitario nazionale quella sostenibilita' che oggi sembra scricchiolare" dichiarano Francesco Boccia e Pierpaolo Vargiu, presidenti rispettivamente delle commissioni Bilancio e Affari Sociali, promotrici dell'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica al termine della quale e' stato prodotto il documento. "Ora - proseguono i presidenti - facciamo in fretta, dall'indagine emerge che non c'e' tempo da perdere. Regioni e Ministero - auspicano - sapranno trarre indicazioni utili dal nostro lavoro per il dibattito in corso sul patto della Salute. Il Parlamento ha fatto la sua parte, con uno sforzo che ha riscosso un vasto consenso tra tutte le forze politiche, cosi' come dimostrato dal voto favorevole di tutti i gruppi parlamentari, ad eccezione del M5S che - sottolineano in conclusione Boccia e Vargiu - hanno deciso di astenersi".

Doctor33

giu
5
2014

Commissioni Camera, meno regionalismi e più sanità integrativa per sostenibilità



Meno potere alle Regioni in tema di sanità e più peso al ruolo dello Stato, per garantire livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio. Ma anche più sanità integrativa per finanziare il Servizio sanitario nazionale e apertura a un possibile sistema di franchigia basato sul reddito, che potrebbe sostituire i ticket nella contribuzione alla spesa. Sono i punti principali della “ricetta” delle Commissioni riunite Affari sociali e Bilancio della Camera dei deputati, che hanno approvato il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva “La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica”.

«Speriamo sia un contributo utile, da parte del Parlamento, al Patto per la salute che Regioni e ministero della Salute stanno portando avanti», è il commento del presidente della commissione Affari Sociali **Pier Paolo Vargiu**. Tra le richieste dell'opposizione, è stata accolta un'integrazione del M5S al testo, in cui si specifica che i risparmi della sanità restino nel settore e siano dedicati a potenziare nuovi e sempre più importanti voci di spesa, come la cronicità o le nuove cure. Accolta anche la richiesta di Forza Italia a favore di maggiori controlli sulla contabilità delle aziende sanitarie. Infine passa anche la proposta di Vargiu che chiede di potenziare gli investimenti in innovazione tecnologica, e aumentare l'attenzione su e-health e medicina personalizzata.

Marco Malagutti

SANITA': BOCCIA-VARGIU, DA CAMERA CONTRIBUTO PER PATTO SALUTE

(ASCA) - Roma, 4 giu 2014 - "Dopo un lungo lavoro di ascolto, analisi, confronto e sintesi con associazioni, sindacati, istituzioni e centri studi, abbiamo finalmente approvato un documento tutto coraggio e concretezza per assicurare al Servizio Sanitario Nazionale quella sostenibilita' che oggi sembra scricchiolare". Lo dichiarano in una nota Francesco Boccia e Pierpaolo Vargiu, presidenti rispettivamente delle Commissioni Bilancio e Affari Sociali, promotrici dell'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica. "Ora facciamo in fretta, dall'indagine emerge che non c'e' da scherzare, ne' tempo da perdere. Regioni e Ministero sapranno trarre indicazioni utili dal nostro lavoro per il dibattito in corso sul patto della Salute. Il Parlamento ha fatto la sua parte con uno sforzo che ha riscosso un vasto consenso tra tutte le forze politiche, cosi' come dimostrato dal voto favorevole di tutti i gruppi parlamentari, ad eccezione del M5S che ha deciso di astenersi", concludono i due presidenti.

SELPRESS
www.selpress.comDirettore Responsabile
Ferruccio de BortoliDiffusione Testata
411.400**Etica e salute** Nell'ospedale dove fu ricoverato Wojtyla. Ma il primario precisa: non si confonda la desistenza con l'eutanasia

Un medico del Gemelli riapre il caso del fine vita

Lo specialista che cura la Sla: i pazienti possono scegliere se rinunciare all'ossigeno

La malattia

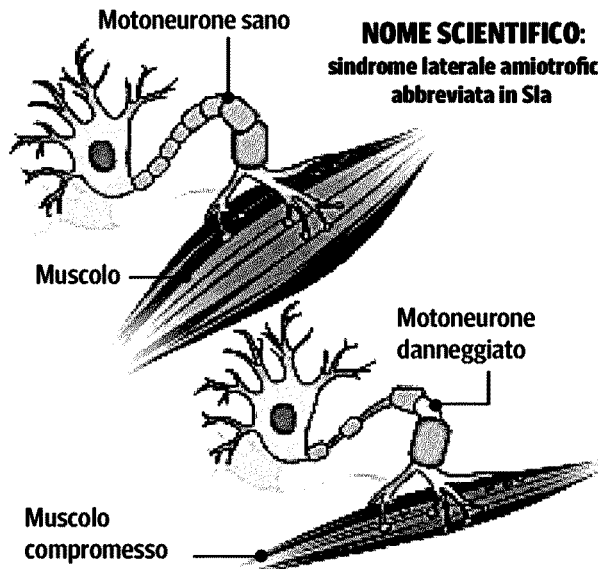
La Sla danneggia i motoneuroni, le cellule nervose che controllano il movimento. La conseguenza è una progressiva paralisi dei muscoli

In Italia
5.956
 I malati di Sla

1.787
 I nuovi casi ogni anno

Nel mondo
 Si stima che soffrano di Sla tra le 3 e le 10 persone ogni 100 mila abitanti


In 1 caso su 10 la malattia è familiare

 L'età di esordio è 58-63 anni nelle forme sporadiche
 47-52 anni nelle forme familiari

NOME SCIENTIFICO:
 sindrome laterale amiotrofica,
 abbreviata in Sla

Le leggi all'estero


OREGON

È l'unico Paese degli Stati Uniti che ha legalizzato il suicidio assistito nel 1997: lo possono richiedere persone con una speranza di vita inferiore ai sei mesi


SVIZZERA

L'aiuto al suicidio, qualora avvenga per motivi non egoistici è depenalizzato. Il medico non è coinvolto. Meta di un turismo del suicidio da altri Paesi


OLANDA

È il primo Paese dove è entrata in vigore, nell'aprile del 2002, una normativa specifica sull'eutanasia e il suicidio assistito


BELGIO

Dal settembre 2002 anche in Belgio esiste una legislazione che consente l'eutanasia: la procedura ricalca quella olandese

FONTI: dati European Amyotrophic Lateral Sclerosis Consortium; Lancet 2011; Factor-Litvak P. Current Pathways for Epidemiological Research in Amyotrophic Lateral Sclerosis. Sla Frontotemporal Degener 2013 D'ARCO


L'esperto
 Mario Sabatelli è il responsabile del centro Sla del Policlinico Gemelli

ROMA — «La Sla è un'infame. Toglie tutto, lascia solo il pensiero. Mamma una mattina ha chiamato i medici e sussurrando ha detto no. Poi con l'alfabeto muto si è rivolta a me. Non ce la faccio più, non voglio vivere così». Paola è la figlia di una signora di 72 anni, ricoverata a lungo al Gemelli, che ha rifiutato la tracheostomia, ultima risorsa per persone annientate da una degenerazione muscolare che non lascia scampo e annulla il respiro. Ma la donna ha preferito sottrarsi a «un supplizio inutile».

Sette malati su dieci preferiscono evitarlo e essere accompagnati verso la fine con la mascherina della ventilazione meccanica e cure palliative. Lo afferma Mario Sabatelli, neurologo del policlinico universitario, una professione dedicata alla Sla, la sclerosi laterale amiotrofica. Hanno fatto clamore le sue dichiarazioni rilasciate all'associazione Viva la Vita e poi riprese dal *Fatto quotidiano*: «Trovo assurdo che il destino di chi è co-

stretto a vivere con un tubo in gola debba essere deciso a tavolino. È illegittimo. Mario Riccio, il medico di Piergiorgio Welby, è stato prosciolto, qualcosa vorrà dire». Lo specialista precisa anche di aver già interrotto la terapia di sostegno a un paziente trecheostomizzato.

Per sgombrare il campo da ogni strumentalizzazione Sabatelli chiarisce al *Corriere*: «La fame d'aria è il peggior dolore. Alcuni colleghi ritengono che la tracheostomia, cioè il taglio della trachea, debba essere applicata di prassi. A mio giudizio è uno strumento sproporzionato, una violenza. Noi

non siamo notai. Lasciamo che siano i malati a decidere in sintonia con i medici. Risparmiare il tubo in gola non è un gesto eutanasi. Significa rispettare la loro volontà. Non è vero che da noi i pazienti sono liberi di morire. Sono liberi di scegliere come vivere. Sono lucidi, padroni dei loro pensieri».

Riflessioni che sarebbero cadute nel vuoto se a pronunciarle non fosse stato un medico del Gemelli, propaggine sanitaria del Vaticano, l'ospedale dove sono stati operati i pontefici. E si capisce quanto l'intervista sia risultata scomoda in una fase in cui continuano a riaffiorare proposte di leggi sul testamento biologico e libertà di scelta.

Quando escono fuori storie del genere il rischio è che si faccia confusione sui termini. In realtà quello che ha raccontato Sabatelli rientra nei canoni della buona prassi clinica. Paolo Maria Rossini capo della neurologia del Gemelli precisa: «Qui non parliamo di persone in stato vegetativo ma di persone lucide. L'esame dei singoli pazienti è effettuata da una squadra di sanitari che si basano su leggi, etica e rispetto dei valori cattolici. Tra noi c'è un eticista clinico. In ogni situazione cerchiamo di valutare se il mezzo terapeutico è proporzionato al guadagno in termini di salute anche psicologica».

E Massimo Antonelli, direttore della rianimazione del Gemelli aggiunge: «I nostri pazienti non vengono mai abbandonati a se stessi. Non si può confondere tra eutanasia e desistenza dalle cure». Anche la scelta della mamma di Paola è stata vagliata da una commissione etica.

Il reparto di neurologia del Gemelli sembra lontano mille miglia da queste polemiche. Racconta Angela, figlia di un paziente: «Mio papà, Pasquale, la trachea l'ha voluta. Sono incinta e vuole aspettare che il nipotino nasca. Dice che non può perdere questa felicità. La sua gioia siamo noi che lo



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

andiamo a trovare o la fotografia del primo nipote che soffia su tre candeline. Ecco come mai ha scelto di andare avanti pur sapendo che la fine si avvicina». E poi c'è Nicoletta, detta Nicola, ex insegnante delle elementari in pensione, al Gemelli col marito Giovanni che ha insegnato matematica: «Lo vede quanto legge, come è lucido e attento? — Io indica mentre è seduto su una panca in corridoio —. Giovanni sa quali sono gli stadi inesorabili della Sla, il dottor Sabatelli gli ha spiegato tutto. Anche che un giorno dovrà mettergli il tubo in gola per farlo respirare. Accetterà? Rifiuterà? Non ne abbiamo parlato. Evita il discorso e di tanto in tanto piange. Io certo non lo fermerò».

Margherita De Bac

»» | **Nelle altre strutture** Da Torino a Roma

Colleghi divisi: «Decide il malato» «No, il respiratore non si stacca»

I camici bianchi tra codice deontologico, Costituzione e il precedente di Welby

Come ci si comporta in Italia di fronte ai problemi che pone la ventilazione meccanica per i malati di Sla? Tutti gli esperti interpellati sono d'accordo sul fatto che quando il paziente si avvia verso l'insufficienza respiratoria deve essere accompagnato e assistito nelle sue decisioni. Gli si deve prospettare la possibilità di ventilazione non invasiva (con una mascherina) e, quando questa sarà insufficiente, di ventilazione attraverso un tubicino inserito in trachea (tracheostomia) collegato a una macchina ventilatrice. Fino a qui tutti concordi sul fatto che deve essere rispettata la decisione del paziente di accettare o no questi trattamenti dopo essere stato adeguatamente informato. Nel caso non desideri l'assistenza respiratoria deve essere avviato a un percorso di terapie palliative. Se però un malato ha accettato la tracheostomia e poi ci ripensa? Qui le posizioni assumono sfumature differenti. «Secondo il nostro registro epidemiologico regionale il 15% dei pazienti sceglie la tracheostomia e gli altri le cure palliative» dice Adriano Chiò, neurologo del centro Sla di Torino. «Fra i primi a noi nessuno ha chiesto di staccare il respiratore, e noi non lo faremmo. Nel caso Welby la posizione del medico che lo ha fatto è stata archiviata perché ha commesso un reato ma nell'atto di permettere a un paziente di esercitare il proprio diritto alla salute. Quella sentenza però non ci mette al riparo dal rischio che un altro magistrato ci giudichi, in circostanze analoghe, colpevoli di omicidio di consenziente. Il problema è che manca un quadro normativo ben definito».

«Non c'è bisogno di una legge specifica» è l'opinione di Amedeo Santuosso professore di Diritto, Scienza e nuove tecnologie all'università di Pavia. «Esistono norme costituzionali che prevedono il rispetto della volontà del paziente. Il medico del caso Welby è stato assolto perché ha adempiuto a questo dovere. Cassazione e Corte Europea dei diritti dell'uomo confortano questa posizione». «Il paziente deve essere messo sempre in condizione di rifiutare una terapia, anche se questa è stata iniziata» ag-

giunge Enrico Marinelli, direttore dell'unità di medicina legale del policlinico Umberto I di Roma. «Ma se viene accompagnato adeguatamente, avvisandolo prima che la decisione di accettare una terapia sarà, di fatto, senza ritorno, il problema è molto raro, direi quasi più teorico che pratico». «Io tratto situazioni diverse perché ho pazienti acuti» interviene Marco Venturino, direttore del Servizio di anestesia e rianimazione dello Ieo, di Milano. «Però secondo me la norma giuridica non è davvero essenziale nella mia professione perché credo che il rapporto con il paziente la superi. Anche una normativa sul testamento biologico non sarebbe mai davvero esaustiva perché ogni caso è unico e va gestito con il paziente e con i suoi familiari». «La coscienza del medico è essenziale» chiosa Christian Lunetta, del Centro Clinico Nemo, di Milano. «Noi puntiamo molto sull'accompagnamento del malato, facciamo un lavoro a monte e il problema di staccare il respiratore a qualcuno che ha deciso di averlo, nei fatti, per noi non si pone, però siamo di fronte a una realtà in cui sarebbe auspicabile sapere quello che è fattibile e quello che non lo è perché affidare le decisioni alla coscienza del medico e al codice deontologico può comportare rischi». «Se c'è già una tracheostomia non conosco colleghi che "staccino la spina" senza prima aver contattato magistratura e comitato etico dell'ospedale» commenta Ferdinando Raimondi, responsabile del dipartimento di anestesia dell'Istituto Humanitas, di Milano. «Con la legislazione attuale si tratta di una decisione, anche quando deontologicamente ammissibile, espone il medico a problemi importanti».

«Se alla ventilazione meccanica si arriva in modo condiviso e cosciente il problema si pone raramente» rinforza Mario Melazzini, presidente di AISIA, «e il nostro codice deontologico, comunque ci dice di non sospendere un trattamento che è un sostegno vitale». «Io di tubi non ne ho mai tolti» racconta Jessica Mandrioli, responsabile del centro Sla di Modena, «ma un nostro paziente ha chiesto la sospensione del trattamento e ha "prenotato"

■ SELPRESS ■
www.selpress.com

l'eutanasia in Svizzera. Allora noi l'abbiamo ricoverato e abbiamo detto che se questa era la sua volontà avremmo staccato il respiratore noi, informando familiari e giudice. Ma quando è stato ricoverato ha cambiato idea perché ha capito che non era stato abbandonato. Se nessuno se ne fosse fatto carico sarebbe morto in Svizzera, dopo aver pagato 12mila euro e aver fatto un'intervista di "idoneità" via Skype. Noi dovremmo accettare che una persona metta fine alla propria vita con un questionario a video?»

Luigi Ripamonti

La scheda



Il medico

Per Mario Melazzini (foto) medico e malato di Sla, il codice deontologico impedisce ai sanitari di interrompere trattamenti ritenuti vitali per il paziente, come ad esempio la respirazione



Il giurista

Secondo Amedeo Santosuosso (foto), docente di diritto a Pavia, non c'è bisogno di una nuova legge: la Costituzione prevede già il rispetto della volontà del paziente che vuole sottrarsi alle cure

SELPRESS
www.selpress.com

Direttore Responsabile
Ferruccio de Bortoli

Diffusione Testata
411.400

Firenze I delegati di 53 Paesi alla nona Conferenza europea I nuovi volti della Croce Rossa Assistiti raddoppiati in un anno



Volontaria
Roberta Fusacchia (prima a sinistra) durante una missione in Nicaragua, uno dei luoghi in cui ha prestato la sua opera. Roberta ha cominciato a collaborare con la Croce Rossa a 14 anni

I nuovi poveri a cui passiamo accanto ogni giorno nelle nostre città; i migranti che hanno ripreso a sbarcare a migliaia; i diseredati del mondo che, colpiti da grandi calamità, bussano alle nostre porte. Emergenze nuove che la Croce Rossa prova ad affrontare con volti nuovi; il volontariato continua a essere una risorsa civile per l'Italia e per il pianeta intero e al cambiare delle generazioni non viene meno lo slancio di generosità di uomini e donne che offrono il loro tempo sotto le insegne della Croce e della Mezzaluna rossa.

I delegati di 53 Paesi sono in questi giorni a Firenze per la nona Conferenza europea dell'organizzazione umanitaria. «Siamo nel pieno del nostro cammino» ha detto Francesco Rocca, vicepresidente della federazione internazionale della Cri, nell'aprire i lavori. E ha offerto alcune cifre: in un solo anno le persone assistite in Italia sono passate da 400 mila a 800 mila, un raddoppio secco. Non a caso il tema centrale del dibattito sono proprio le emergenze figlie della crisi economica.

Caterina Valenti, 37 anni, architetto di Firenze, da due anni lavora con l'unità di strada che offre conforto ai clochard della sua città. Porta pasti caldi, tè, coperte. «È il freddo la sensazione più dolorosa: torno a casa la sera dopo il mio turno e ce

l'ho ancora addosso, mi domando come facciamo quelle persone a sopportarlo».

Ma chi sono quelle persone? «Gente che forse non si sarebbe mai immaginata di trovarsi senza un tetto. E che quando ci incontra ha prima di tutto bisogno di raccontarsi, quasi di giustificarsi».

Le vie che portano un volontario a indossare l'uniforme della Cri sono le più diverse. «Per me è stata un'assemblea al liceo di Acireale, la mia città, in cui vennero a parlarci alcuni operatori». Rosario Valastro, avvocato nella vita di tutti i giorni, presta il suo tempo libero nella Sicilia divenuta l'approdo dei migranti in fuga dalle guerre del mondo. «Una comunità è in grado di affrontare emergenze come questa se c'è un lavoro a monte, se vengono sensibilizzati i giovani».

La giovane età, 28 anni, non impedisce invece a Roberta Fusacchia, romana, di essere una «militante» di lungo corso sotto le insegne della Cri: «Ho cominciato a prestare servizio quando ancora non avevo compiuto 14 anni; la ragione? Un gran bisogno di sentirmi utile agli altri».

La «vocazione» di Roberta è stata talmente forte da trasformarsi in una professione: laureatasi in **Cooperazione internazionale**, ha partecipato a diversi programmi di aiuto internazio-

nale. «Ma io ho continuato a considerarmi una volontaria — racconta lei — anche quando mi sono trovata tra i terremotati di Haiti o in Nicaragua a impiantare una mensa scolastica».

Claudio Del Frate

[@cdelfrate](#)



Distrofia muscolare: scoperta una proteina che controlla la crescita muscolare

Ricercatori italiani dell'Istituto di chimica biomolecolare del Cnr di Pozzuoli (NA) hanno identificato la funzione di un recettore degli endocannabinoidi nel processo di formazione del muscolo scheletrico. La scoperta ha potenziali implicazioni terapeutiche per il trattamento di importanti patologie degenerative per le quali non sono attualmente disponibili trattamenti farmacologici risolutivi



Grazie allo studio condotto dai ricercatori dell'Istituto di chimica biomolecolare del Cnr di Pozzuoli (NA) si accendono **nuove speranze per la cura delle patologie degenerative** anche importanti come, per esempio, la distrofia muscolare.

La ricerca, i cui risultati sono stati pubblicati sulla prestigiosa rivista scientifica *Proceedings of the National Academy of Sciences* (PNAS), ha identificato la funzione di un recettore degli endocannabinoidi nel processo di formazione del muscolo scheletrico. Questa scoperta apre nuove vie di sviluppo per il trattamento di importanti patologie degenerative per le quali non sono attualmente disponibili trattamenti farmacologici risolutivi.

Il dott. Vincenzo Di Marzo e il team da lui coordinato presso i laboratori di ricerca dell'Istituto di chimica biomolecolare del Consiglio nazionale delle ricerche (Icb-Cnr) di Pozzuoli (Na), sono riusciti a caratterizzare **per la prima volta il ruolo di una proteina nel differenziamento delle cellule muscolari scheletriche**.

«La ricerca ha identificato il ruolo del recettore dei cannabinoidi di tipo 1 (CB1) nel processo di differenziamento delle cellule muscolari scheletriche umane e animali – spiega Di Marzo, direttore Icb-Cnr – Poiché alcune patologie muscolari sono determinate dalla progressiva degenerazione o dall'alterazione del processo di rigenerazione dei tessuti, la possibilità di controllare farmacologicamente o geneticamente la funzione del recettore CB1 apre la strada a nuove strategie terapeutiche per il trattamento di patologie che incidono sulla rigenerazione e sullo sviluppo delle cellule muscolari, per le quali purtroppo non sono attualmente disponibili trattamenti farmacologici mirati. Basti pensare all'implicazione di tale opportunità nel rallentamento del decorso delle distrofie muscolari».

Lo studio ha altresì rivelato che «diversi attivatori di tale recettore, sia endogeni, cioè prodotti dall'organismo, che sintetizzati in laboratorio, **inibiscono l'espansione e il differenziamento dei mioblasti**, le cellule precursori del muscolo scheletrico, in miotubi, i componenti elementari delle fibre muscolari – sottolinea il dott. Di Marzo – Al contrario, alcuni bloccanti del recettore CB1, esercitano l'effetto opposto, cioè stimolano tale differenziamento. L'effetto del CB1 è esercitato attraverso l'inibizione della funzione di altre proteine chiave per lo sviluppo muscolare, note come canali del potassio».

Lo studio è stato condotto in collaborazione tra il gruppo dell'Istituto Cnr con gruppi di ricerca dell'Università del Molise, del Karolinska Institutet di Stoccolma, e dell'Università di Debrecen in Ungheria.

<http://www.lastampa.it/2014/06/04/scienza/benessere/medicina/distrofia-muscolare-scoperta-una-proteina-che-controlla-la-crescita-muscolare-v5V6wkms4sOKsps3TfShbL/pagina.html>



SALUTE

Salute: esperti, formare lavoratori su dieta sana aumenta produttività

Creare programmi di gestione delle mense aziendali e di educazione e formazione dei dipendenti alla corretta alimentazione, con la promozione di uno stile di vita sano che possa portare non solo a un miglioramento dello stato di salute, ma anche a un aume

04/06/2014 17:58

Consiglia

Condividi

Consiglia questo elemento prima di tutti i tuoi amici.



0

Tweet

0

Roma Creare programmi di gestione delle mense aziendali e di educazione e formazione dei dipendenti alla corretta alimentazione, con la promozione di uno stile di vita sano che possa portare non solo a un miglioramento dello stato di salute, ma anche a un aumento della produttività aziendale. Un effetto basato sulla diminuzione dei costi legati alle assenze da lavoro per patologie direttamente o indirettamente connesse a stili di vita non salutari. E' quanto emerso dal congresso organizzato dallo spin off della Sapienza Università di Roma (www.spinoff-sipro.it) nei giorni scorsi, in occasione delle Giornate romane di medicina del lavoro, in collaborazione con la Società italiana di medicina del lavoro e igiene industriale (Simlii). Il congresso (che ha previsto 6 crediti Ecm), è stato preceduto da una giornata di formazione residenziale interattiva, durante la quale si sono trattati argomenti come primo soccorso, movimentazione manuale dei carichi, mobbing e burn out, e alcol e lavoro. Tra i docenti del congresso professori ordinari, associati, ricercatori e medici fra cui Francesco Tomei (Roma, Sapienza), Daniele Barbato Lettieri (Roma Tor Vergata), Manfredi Montalti, (Firenze), Barnaba Ponticciello e Angela Sancini (Roma, Sapienza), Paolo Boscolo (Chieti-Pescara). Gli argomenti andavano dal ruolo della restrizione calorica alle indicazioni alimentari nel contesto lavorativo, dal rapporto tra obesità, benessere e produttività al ruolo dell'alimentazione nella prevenzione dei tumori. Gli estratti delle relazioni presentate al congresso sono in corso di pubblicazione sulla rivista open access 'Prevention and Research' (www.preventionandresearch.com).

Malattie urologiche: un maschio su due non si cura

L'iperplasia prostatica benigna, tra i fastidi più frequenti, colpisce l'80% degli over 50. Si apre a Roma il Congresso nazionale Auro, con la partecipazione di oltre 500 specialisti

REDAZIONE | GIOVEDÌ 5 GIUGNO 2014, 00:15



Solo la metà degli uomini colpiti da iperplasia prostatica benigna si sottopone a una visita specialistica. Diverse le ragioni: paura degli interventi chirurgici, poca fiducia nelle terapie e l'accettazione dei disturbi come conseguenza inevitabile dell'invecchiamento. «Forse i maschi italiani non sanno che l'urologia moderna è in costante evoluzione - sottolinea Pierpaolo Graziotti, presidente dell'Associazione urologi italiani (Auro) - e si adatta alle sfide della modernità diventando sempre meno empirica e più scientifica». Sarà questo uno dei temi che verranno approfonditi durante il 21° Congresso nazionale della Società scientifica (dal 4 al 6 giugno a Roma) con la partecipazione oltre 500 specialisti. «Oggi la tecnologia, la multidisciplinarietà e le nuove evidenze scientifiche hanno determinato un

profondo cambiamento della disciplina – aggiunge Graziotti – e un conseguente adattamento dei professionisti del settore. Il numero e l'importanza degli argomenti che tratteremo durante il Congresso sottolineano che il ruolo dell'urologo non è solo quello riduttivo di “curare la prostata” ma anche e soprattutto quello di seguire in maniera personalizzata tutti i pazienti affetti da una lunga serie di patologie».

RU486/ Consiglio sanitario della Toscana

"Sì alla distribuzione anche senza ricovero in ospedale"

Se l'Assessorato alla Sanità sottoscriverà la proposta del suo organo tecnico la pillola abortiva Ru486 potrà essere somministrata anche fuori dagli ospedali, senza un ricovero ordinario. Panti: "Abbiamo seguito tutte le leggi che regolano l'interruzione di gravidanza". Ma per l'associazione Scienza & vita così si banalizza l'aborto. L'Assessorato: "Valuteremo proposta".

Il 4 marzo scorso il Consiglio sanitario della Toscana, organo tecnico dell'Assessorato alla Sanità regionale, ha proposto di rendere possibile per le donne il ricorso alla RU 486 anche al di fuori del regime ospedaliero di ricovero, e cioè in consultori e poliambulatori dove la donna che compie questa scelta, secondo quanto prevede il documento, dovrà restare per due ore dopo aver assunto il farmaco. Dopo la donna potrà tornare a casa avendo però sempre sottomano il numero telefonico della struttura sanitaria e quello del

pronto soccorso ginecologico più vicino. Due giorni dopo potrà tornare nella stessa struttura per la seconda assunzione, fissando una visita di controllo per 15 giorni dopo.

"Per ora – ha spiegato a Repubblica Antonio Panti, presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze e vicepresidente del Consiglio sanitario regionale, - è solo una proposta. Ci sono ancora dei passaggi. Ma la politica deve fare il suo corso", cioè il documento deve essere approvato e fatto proprio dagli organi politici. Ma per l'associazione cattolica Scienza & Vita in questo modo si compie la banalizzazione dell'aborto. "La scelta della Regione Toscana di rilasciare la Ru486 nei consultori consuma il processo di banalizzazione dell'aborto in una deriva riduttivistica mascherata da efficienza". Questo il commento di Paola Ricci Sindoni e Domenico Coviello, presidente e copresidente nazionali dell'Associazione Scienza & Vita. "La Ru486 – sottolineano –, prodotto abortivo tutt'altro che esente da rischi, era stata adottata nei vincoli della Legge 194, prevedendo quindi il ricovero e l'osservazione. Paletti che sono già stati ampiamente disattesi dal momento che la donna, dopo aver assunto la compressa abortiva, poteva agevolmente firmare le proprie dimissioni dal reparto. Ora la somministrazione della pillola direttamente tramite i consultori scavalca ogni disposizione



legislativa e apre a una deregulation senza precedenti, le cui conseguenze sul piano antropologico sono immediatamente intuibili". Il comunicato della Regione Toscana. "L'Assessorato al diritto alla salute – ha precisato la nota della Regione Toscana diffusa nella stessa giornata - ha ricevuto il parere tecnico fornito dal Consiglio Sanitario Regionale in merito all'aggiornamento del "Protocollo operativo Ivg farmacologico di cui al parere CSR 47/2011", il cui contenuto è conforme per ciò che concerne le strutture, alla Legge 194/1978 laddove si afferma nell'art 8 che "nei primi 90 giorni di gravidanza gli interventi di Ivg dovranno altresì poter essere effettuati presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali e autorizzati dalla Regione", e per ciò che riguarda la somministrazione del farmaco, a quanto previsto dalla determinazione 1460 del 24 novembre 2009 emanata dall'Aifa. L'Assessorato approfondirà e valuterà il parere del Consiglio".

RU486/ Regione Lazio**Anche in *day hospital*.
Approvata delibera**

Non saranno più necessari tre giorni di ricovero, ma presto, nel Lazio, l'aborto medico con la pillola RU486 sarà possibile anche in *day hospital*. Lo ha stabilito una delibera del 25 marzo scorso firmata dal presidente della Regione, **Nicola Zingaretti**, per ampliare le modalità per l'interruzione volontaria di gravidanza medica negli ospedali del Lazio. "Spetterà comunque al medico che prende in carico la paziente la decisione di estendere o meno la durata del ricovero, ovviamente sulla base del quadro clinico della donna", precisa tuttavia una nota della Regione. La delibera, spiega la nota, "si basa su evidenze scientifiche internazionali, ricerche, tra cui quella del Collegio inglese di ostetricia, pareri dell'Oms e sui dati dell'ultima relazione annuale (28 febbraio 2013) del Ministero della Salute che sottolinea come il 76% delle donne che accedono in ospedale per l'interruzione di gravidanza mediante Ru 486 rifiutavano il ricovero obbligatorio di tre giorni". Si ricorda inoltre che "attualmente l'interruzione di gravidanza mediante intervento chirurgico avviene in regime diurno". La delibera, preso atto dei dati, stabilisce che l'intervento può essere fatto anche in *day-hospital* seguendo tre precisi step: il primo che prevede l'accesso e preospitalizzazione, il secondo avviene con il controllo degli esami e la somministrazione del farmaco, il terzo con i controlli clinici. La visita ambulatoriale finale, invece, deve avvenire entro 21 giorni dalla prima somministrazione del farmaco.

"La pillola RU 486 - afferma la Regione nella nota - rappresenta una soluzione meno invasiva rispetto all'intervento chirurgico, per questo motivo è stato opportuno operare un cambiamento della normativa in atto nel Lazio e che spesso creava non pochi ostacoli alle donne che intendono interrompere la gravidanza. Questa delibera, attesa da molto tempo, semplifica infatti le procedure per chi intende interrompere la gravidanza. È un atto di profondo rispetto per le donne, già adottato in altre regioni".

"A questo si aggiunge il lavoro che, anche su istanze delle associazioni, stiamo portando avanti da 4 mesi insieme a tutti gli operatori dei consultori del Lazio - dice il presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti - con lo scopo di rilanciare e di restituire il giusto ruolo e la dignità che meritano questi servizi, nel campo della prevenzione, dell'assistenza e del diritto alla salute. In questo modo la Regione ha intrapreso un percorso di grande civiltà che tutela il diritto alla salute e il diritto di scelta della donna".