

WELFARE

Donne e tumore: anche il lavoro fa parte della terapia

Più informazione sui propri diritti, più flessibilità negli orari e nelle mansioni, tutele uniformi tra settori produttivi e aziende diverse. Sono le esigenze manifestate dalle lavoratrici colpite da tumore al seno, in un'indagine condotta da Europa Donna Italia con Euromedia Research.

Valentina Melis > pagina 9



Donne e tumore, anche il lavoro è parte della cura

Un'indagine di Europa Donna Italia sul ritorno in azienda delle lavoratrici colpite da neoplasie al seno

40mila Garanzie variabili. Le tutele variano da settore a settore e da un'azienda all'altra

LA PREVENZIONE

Rosanna D'Antona:
«La malattia si manifesta spesso nella fase piena della carriera. Stiamo coinvolgendo le Regioni per seguire i casi a rischio»

L'INFORMAZIONE

Alessandra Ghisleri:
«Le aziende maggiori sono più attente nell'aggiornamento e nella comunicazione delle tutele per conciliare cure e occupazione»

di **Valentina Melis**

Il ritorno al lavoro dopo un tumore al seno, per le donne, è la rinascita a una nuova vita, la vita «dopo». È legato a doppio filo all'idea di guarigione e di ripresa della quotidianità, con quello che si faceva prima, ma sapendo che non si è più la stessa donna di prima. La pensa così la metà delle lavoratrici intervistate nell'indagine «Tumore al seno: il rapporto lavoratrice-azienda e il rientro post malattia», condotta da Europa Donna Italia in collaborazione con l'istituto di ricerca Euromedia Research.

Un progetto dedicato all'ascolto delle donne e delle aziende sulla tutela delle lavoratrici tornate al lavoro dopo aver superato la battaglia con il cancro al seno, attraverso l'intervista a 122 lavoratrici e 21 aziende, per un totale di 2500 ore di dialogo.

Dall'indagine emergono tre grossi problemi che aggravano il peso della malattia per le donne: il difficile accesso alle informazioni sui propri diritti (associata alla carenza di iniziative di sensibilizzazione e di prevenzione nelle aziende); un quadro normativo frammentato in una miriade di leggi e di contratti collettivi, la difficoltà di conciliare i tempi di lavoro e di cura.

I numeri e il peso della prevenzione

La diagnosi di tumore al seno riguarda ogni anno oltre 40mila donne. Esclusi i carcinomi della pelle, è la neoplasia che più colpisce le donne: in pratica, un tumore maligno su tre è alla mammella. L'età della malattia tende a coincidere sempre più con la fase piena della vita lavorativa: i tumori della mammella sono quelli più frequenti per le donne sotto 49 anni (41%), per quelle tra 50 e 69 anni (36%), per le over 70 (21%). Tradotto: è un problema che coinvolge sempre più le lavoratrici e quindi le aziende.

Il primo scopo dell'indagine promossa da Europa Donna Italia, movimento che rappresenta i diritti delle donne nella prevenzione e nella cura del tumore al seno, è quello di sollecitare le istituzioni e le imprese a occuparsi della

questione più da vicino, sul fronte della diagnosi precoce e della tutela del tempo per le terapie.

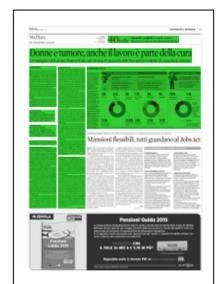
«È fondamentale favorire lo screening e la diagnosi precoce per le donne che si ammalano di tumore al seno», spiega Rosanna D'Antona, presidente di Europa Donna Italia. «Non basta cominciare i controlli dopo 50 anni, soprattutto se in famiglia ci sono persone che già si sono ammalate. Stiamo facendo una battaglia presso le Regioni - aggiunge - perché siano individuati e seguiti i casi di donne "a rischio" per familiarità».

Dall'indagine emerge che poco più di un'azienda su tre, fra quelle intervistate, si dichiara impegnata in iniziative specifiche di sensibilizzazione: campagne informative, giornate di prevenzione, formazione con esperti, visite annuali. Il 37,5% delle aziende "virtuose" appartiene al settore chimico-farmaceutico.

Il tempo per le cure

Sul fronte delle cure, l'indagine rivela che non è ancora abbastanza tutelato il tempo per le terapie e per il recupero dopo la malattia. «Il periodo di comporto, i congedi e i permessi - continua Rosanna D'Antona - tutelano la lavoratrice al massimo per due anni, mentre gli indicatori scientifici rivelano che la donna colpita dal tumore al seno può dichiararsi guarita dopo cinque anni dalla diagnosi. Le stesse cure si protraggono oltre i due anni: alla fatica di convivere con la malattia, la donna aggiunge dunque lo stress di non avere adeguati strumenti a tutela del tempo trascorso per le visite e per la riabilitazione».

Proprio perché il tempo è una risorsa preziosa per conciliare il lavoro e le cure, una lavoratrice su cinque delle intervistate pensa che nelle regole ci voglia più flessibilità. Tra le proposte conclusive di Europa Donna Italia, emerge infatti quella di introdurre incentivi economici per favorire la flessibilità dell'orario di lavoro nelle aziende con persone malate di cancro, a copertura delle attività svolte dal lavoratore assente.



Un altro intervento ritenuto necessario è l'armonizzazione delle tutele contenute nei diversi contratti collettivi, che già prevedono, in alcuni casi, l'aumento del periodo di comporto, agevolazioni per il passaggio al part-time, il ricorso all'aspettativa non retribuita, l'esclusione dal computo delle assenze per malattia dei giorni di ricovero, day hospital, malattie.

Un'esigenza forte sottolineata dalle donne (47,6% delle intervistate) è quella di trovare più facilmente le informazioni necessarie a far fronte alla malattia e a far valere i propri diritti. Le intervistate chiamano in causa l'Inps, il personale medico e le strutture sanitarie (Asl, medici di base, ospedali), che spesso dimostrano di non conoscere a sufficienza le leggi a tutela delle lavoratrici malate di tumore.

Tra i suggerimenti di Europa Donna Italia c'è quello di introdurre un programma di welfare all'interno delle politiche regionali: una serie di interventi mirati per il malato oncologico, a supporto delle cure, dall'assistenza psicologica alla riabilitazione, dalla consulenza giuslavoristica a una tessera di prestazioni prepagate o a copertura di spese mediche e medicinali.

La traduzione in pratica delle norme

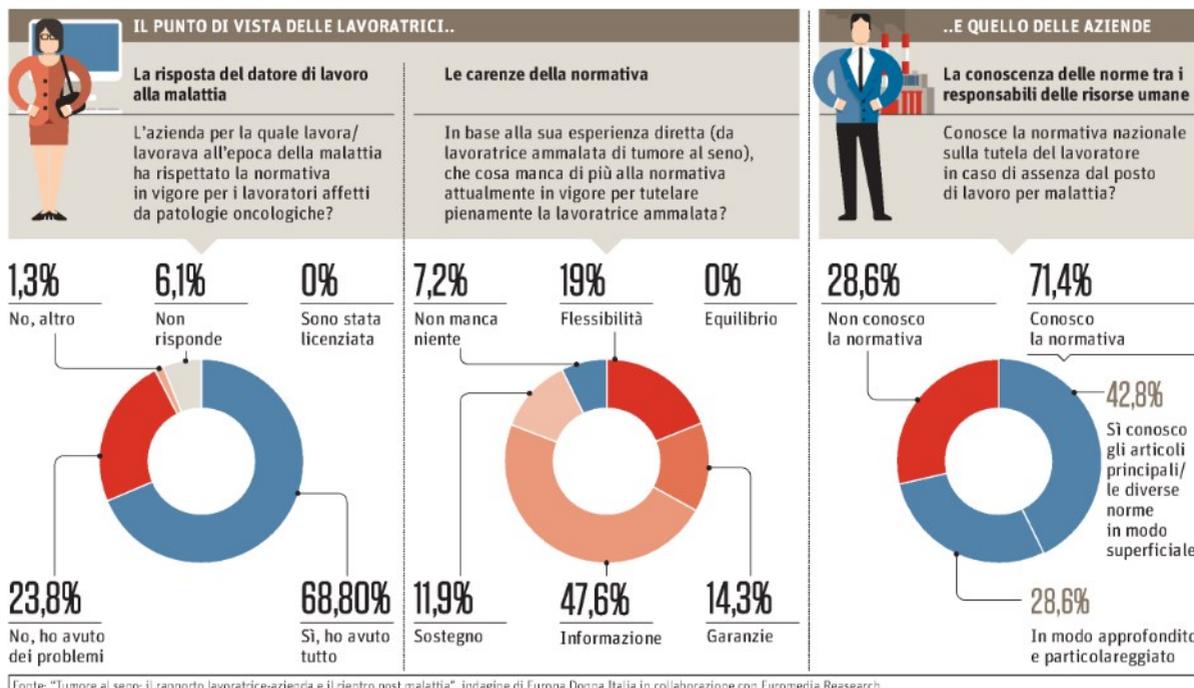
La traduzione in pratica delle regole che tutelano la lavoratrice soprattutto dopo il tumore al seno non è sempre in discesa. Se il 69% delle intervistate dichiara di aver ricevuto tutto il necessario dall'azienda per cui lavora, quasi il 24% dichiara di aver subito penalizzazioni (demanionamento o riduzione delle responsabilità, discriminazioni, mancata applicazione delle tutele vigenti, rientro prematuro per paura di perdere il posto).

Il 71% dei responsabili delle risorse umane delle aziende coinvolte nell'indagine dichiara di conoscere la normativa a tutela delle donne malate di tumore, ma il 42,8% ammette che si tratta di una conoscenza superficiale. «C'è sicuramente una differenza - spiega Alessandra Ghisleri, direttore di Euromedia Research - tra le grandi aziende, dove l'informazione sulla tutela di particolari categorie di lavoratori è garantita aggiornata e costante, e le piccole e medie imprese, dove è più frequente che in presenza di un lavoratore con una malattia grave, la ricerca di informazioni sia circoscritta al caso specifico e al momento in cui si verifica. Non dimentichiamo - aggiunge - che in Italia la dimensione media delle aziende è di 3,7 addetti e che le imprese con meno di 10 addetti sono il 95,1% delle aziende attive».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I risultati della ricerca

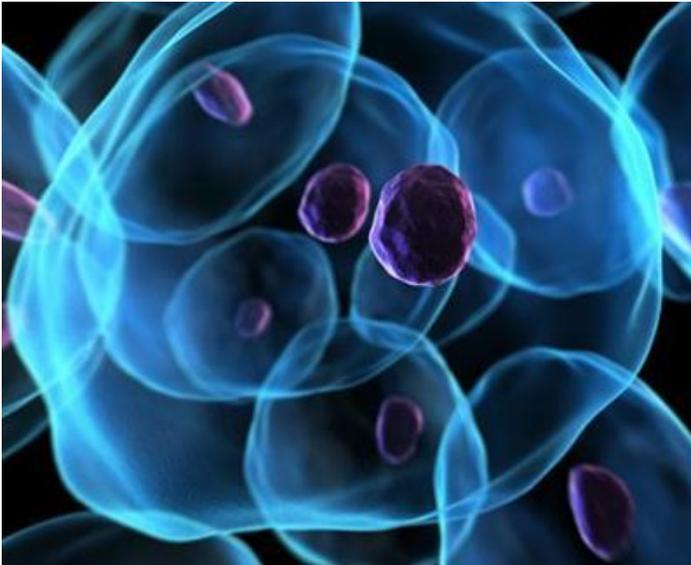
Nasce dalle interviste a 122 donne lavoratrici con tumore al seno (in corso o superato) e ai responsabili delle risorse umane di 21 aziende, l'indagine condotta da Europa Donna Italia, in collaborazione con l'Istituto di ricerca Euromedia Research, per delineare un quadro del rapporto azienda-lavoratrice nella fase di rientro al lavoro. L'analisi è stata effettuata in due step: la prima parte si è concentrata sul vissuto della malattia nella dimensione personale e professionale delle lavoratrici e sulla loro conoscenza della normativa a tutela dei lavoratori in caso di malattia; la seconda ha approfondito aspetti specifici della normativa in vigore, per mettere a punto una serie di proposte migliorative



Ecco il gene che spegne i tumori

Scoperto il gene che annienta il cancro

Ecco il gene che spegne i tumori – La guerra al **cancro** fa segnare importanti passi in avanti. Da uno studio pubblicato sulla rivista scientifica Cell e finanziato dall'Associazione Italiana per la Ricerca contro il Cancro è emerso che un **gene** è capace di spegnere i tumori. Una scoperta che se confermata, ci porterà davvero a traguardi del tutto inattesi nella battaglia contro il cancro. I medici hanno scoperto un **gene** che sarebbe addirittura in grado di spegnere i tumori. In pratica se lo studio fosse confermato si potrebbe mettere a segno un importante risultato. Il **gene** in questione si chiama il Ptx3 e pare sia in grado di prevenire i tumori attraverso un meccanismo che i ricercatori definiscono particolare, anzi unico. La lotta ai tumori si arricchisce di una nuova arma più: si tratta di una ricerca tutta italiana, realizzata dagli scienziati dell'Istituto Humanitas di Rozzano.



Lo studio se confermato aprirebbe nuove speranze nell'ambito della ricerca oncologica e nella lotta ai tumori: un singolo **gene** sarebbe la soluzione a tutti i problemi. Il termine tumore è stato coniato sulla base dell'aspetto macroscopico della maggior parte delle neoplasie, che si presentano frequentemente, ma non sempre, con una massa rilevante (tumor, «rigonfiamento») sul sito anatomico di origine. Il termine neoplasia, che letteralmente significa «nuova formazione», è sinonimo del precedente, ma prende in considerazione, più che l'aspetto esteriore della massa, il contenuto cellulare della stessa, costituito da cellule di «nuova formazione». La manifestazione in forma maligna di un tumore può essere definita anche cancro o «carcinoma». Il termine, derivante dal greco karkinos, («granchio») è stato coniato dal padre della Medicina, Ippocrate, sulla base dell'osservazione che le cellule neoplastiche nel corso della loro moltiplicazione formano propaggini che avvinghiano le cellule normali vicine e le distruggono, così come il crostaceo fa con le sue chele nei riguardi della preda

<http://www.informazione.it/>

Obesità, è associata ad un aumentato rischio di cancro alla tiroide

Autore: Francesco Fuggetta, 16 Feb 2015 Il carcinoma midollare sembra essere la forma tumorale meno interessata da tale associazione. Diversi studi hanno valutato l'associazione tra obesità e rischio di tumore alla tiroide, tuttavia i risultati restano incerti. Uno studio cinese pubblicato sulla rivista Medical Science Monitor indica ora che l'obesità è associata ad un aumento significativo del rischio di cancro alla tiroide, eccetto il carcinoma midollare della stessa. Trentadue studi sono stati inclusi in questa metaanalisi. In un'analisi di sottogruppo per sesso, sia gli uomini che le donne obese erano a rischio notevolmente maggiore di cancro alla tiroide rispetto ai soggetti non obesi. Nella stratificazione per etnia, un rischio significativamente elevato è stato osservato nei caucasici e negli asiatici. Nell'analisi per età, sia la popolazione giovane che quella meno giovane ha mostrato un aumento del rischio. L'analisi dei sottogruppi in base all'abitudine al fumo ha dimostrato che un aumento del rischio è stato trovato sia nei fumatori che nei non fumatori. L'analisi istologica dei sottogruppi ha fatto rilevare un aumento del rischio di cancro papillare della tiroide, cancro follicolare della tiroide e cancro della tiroide anaplastico; tuttavia l'obesità era associata ad un ridotto rischio di carcinoma midollare della tiroide.

quotidianosanita.it

15 FEBBRAIO 2015

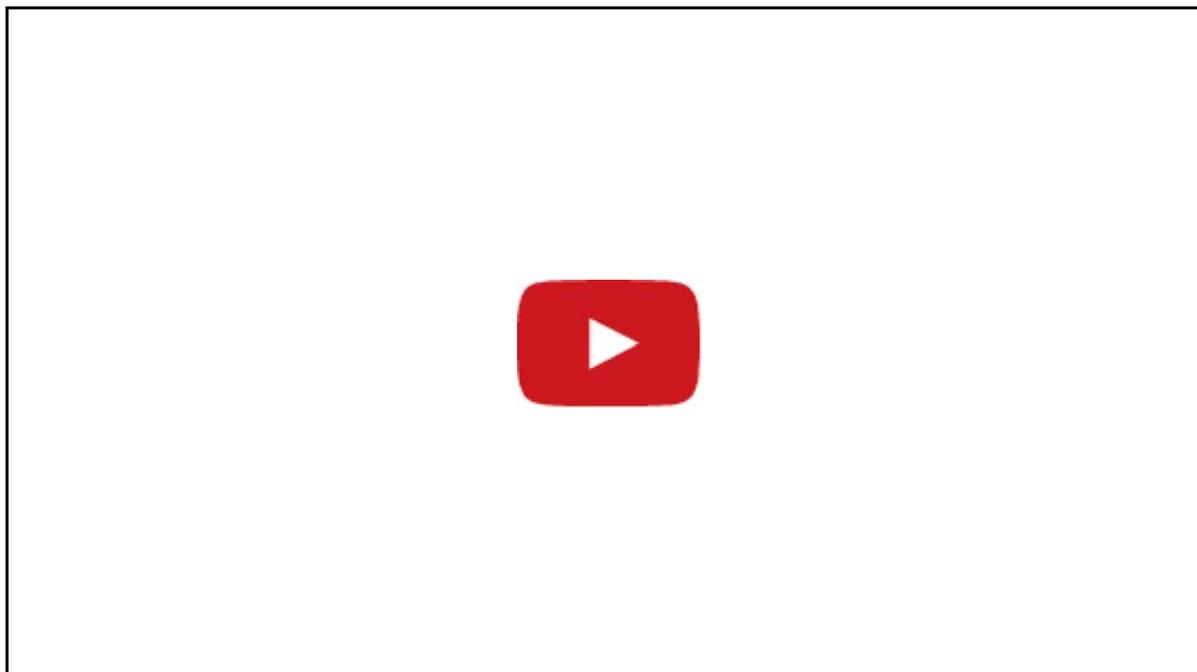
Adolescenti e tumori. Lorenzin: "Ospedali devono attrezzarsi anche per loro". Il convegno di Milano

Il messaggio video del ministro al convegno promosso da diverse realtà associative a Milano in occasione della XIII Giornata internazionale contro il cancro infantile. "Ospedali bene attrezzati per i bambini oncologici, non ancora per questa fascia d'età difficile, anche quando si è sani".

Non è potuta intervenire di persona "in questo periodo non mi fanno viaggiare né in aereo né in treno", ma la sua testimonianza l'ha voluta comunque dare il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** in attesa di due gemelli. L'occasione era quella della XIII Giornata internazionale contro il cancro infantile, promossa da Fiagop, Federazione Italiana Associazioni Genitori Oncoematologia Pediatrica, Aieop, Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica, e Siamo, Società Italiana Adolescenti con Malattie Onco-ematologiche, che si è svolta a Milano venerdì scorso.

La sede quella del convegno a Palazzo Marino "Io, adolescente con tumore: L'ospedale che vorrei", patrocinato dal Ministero della Salute, dal Comune di Milano, dalla Regione Lombardia e da EXPO Milano 2015.

Nel video Lorenzin sottolinea soprattutto le particolarità di questa fascia d'età che "è difficile per tutti, sia per i sani e ancor più se si è malati". "I reparti di oncologia pediatrica sono fatti per i bambini – ha detto il ministro – ma non lo sono ancora per gli adolescenti, non più bambini e non ancora adulti".



"Fiagop, Aieop e Siamo – spiega il dottor **Andrea Ferrari**, medico della Pediatria Oncologica e responsabile del Progetto Giovani dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, nonché fondatore di

Siamo - sono tre sigle che non devono confondere le idee, ma dire che occorre unire le forze, tutti insieme, per affrontare il grande problema della cura degli adolescenti ammalati di tumore, pazienti che hanno minori possibilità di accedere ai centri di eccellenza e di essere trattati secondo i protocolli più efficaci. I nostri studi ci raccontano che un adolescente ha meno probabilità di guarire di un bambino con la stessa malattia. Spesso perché non è curato nel posto giusto o nel modo migliore possibile. Questa cosa la vogliamo cambiare. Cominciando a farla sapere a tutti".

Si è trattato, come scrivono gli stessi organizzatori "di un convegno speciale", fatto per i ragazzi ma soprattutto fatto dai ragazzi. Insieme ai loro medici, i pazienti e gli ex pazienti adolescenti hanno preso il microfono per raccontare le loro storie, ma anche per spiegare quali sono i problemi clinici nella cura di pazienti come loro, i percorsi diagnostici, gli aspetti peculiari delle cure oncologiche.

Con interventi intitolati "Come mi curerai?", "Potevamo fare più in fretta?", "Voglio sapere tutto, o anche no", "Perché io?", "TVB", i ragazzi hanno espresso la loro su come deve essere davvero quello che in termini tecnici si chiama "la presa in carico globale del paziente", e che cosa serve per poter curare al meglio i ragazzi malati.

"Il punto di partenza di tutto questo è stato il Progetto Giovani – racconta Ferrari -, il programma della Fondazione dedicato agli adolescenti, nato con l'obiettivo di creare un nuovo modello di organizzazione medica e di cultura dell'accoglienza, cresciuto con l'idea di occuparsi non solo della malattia, ma anche della vita dei ragazzi. Fare entrare in ospedale la loro normalità, la loro forza. Creare un percorso come è stato per "Nuvole di Ossigeno", una canzone scritta e cantata dai ragazzi con Faso, il bassista di Elio e le Storie Tese, uno strumento per dare uno sguardo diverso alla realtà, con frasi, immagini e note fuse insieme, inframmezzate ai suoni tipici dell'ospedale, come il rumore ritmico della pompa della chemioterapia e l'allarme delle infermiere. Per ricordare a tutto il mondo che 'la cosa più bella che si possa provare è la consapevolezza di avere un futuro ed esserne padrone'. Ma il Progetto Giovani è anche avere a disposizione i protocolli di cura per tutte le possibili neoplasie che insorgono in questa età, un po' tumori del bambino, un po' tumori dell'adulto".

quotidiano**sanità**.it

15 FEBBRAIO 2015

Mario Negri. Nuovo studio sulla Sla: "C'è anche la 'mancanza' di un enzima specifico dietro la malattia e la sua progressione"

Si chiama Ppia e quando manca sembra "scatenare" in modo anomalo la proteina Tdp-43, anomalia presente nella maggior parte dei paziente con sclerosi laterale amiotrofica. Inoltre il Ppia ha un ruolo protettivo all'interno dei motoneuroni. Una possibile cura potrebbe venire quindi dalla stimolazione o sostituzione di questa proteina. Lo studio su Brain

Un enzima, il Ppia (peptidilprolyl isomerasi A), è alla base di un'anomalia molto frequente tra i pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica (Sla), che coinvolge la proteina Tdp-43. Lo rileva uno studio* dell'Irccs Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano, finanziato dalla Fondazione Telethon. I risultati sono stati pubblicati* sulla rivista scientifica *Brain*.

Partendo proprio dalla dimostrazione dell'anomalia della proteina Tdp-43, presente nella maggior parte dei pazienti con Sla, lo studio ha stabilito che ciò dipende dall'enzima Ppia, e in particolare dalla sua mancanza.

Nella sclerosi laterale amiotrofica, dunque, questa interazione sarebbe danneggiata. "A conferma del ruolo importante di questo enzima", spiega **Valentina Bonetto** del Mario Negri e coordinatrice del progetto, "abbiamo visto che la sua mancanza, in un modello di Sla nel topo, accelera la progressione della malattia. Inoltre una relativa carenza dell'enzima è stata riscontrata in vari modelli cellulari e animali malati, nonché nei pazienti con Sla sporadica". I dati suggeriscono che "la mancanza di questo enzima aggravi la 'patologia Tdp-43' ed acceleri la progressione della malattia".

La sclerosi laterale amiotrofica è una malattia neurodegenerativa ad esito fatale che in Italia colpisce attualmente circa 4.000 pazienti e per la quale ad oggi non ci sono cure. La malattia colpisce i motoneuroni, le cellule nervose che impartiscono ai muscoli il comando di movimento, comportando una progressiva perdita delle funzioni motorie.

"Grazie a questi studi", aggiunge **Caterina Bendotti**, anche lei del Mario Negri, "abbiamo capito che la Ppia all'interno dei motoneuroni esercita un effetto protettivo. Questi risultati prospettano la possibilità di ottenere un effetto terapeutico attraverso la stimolazione o la sostituzione di questo enzima".

Viola Rita

Peptidylprolyl isomerase A governs TDP-43 function and assembly in heterogeneous nuclear ribonucleoprotein complexes. Eliana Lauranzano, Silvia Pozzi*, Laura Pasetto, Riccardo Stucchi, Tania Massignan, Katia Padeella, Melissa Mombrini, Giovanni Nardo, Christian Lunetta, Massimo Corbo, Gabriele Mora, Caterina Bendotti and Valentina Bonetto. *Brain*, 2015 (* uguale contributo).

Lo studio è stato condotto in collaborazione con i neurologi Gabriele Mora, della Fondazione Salvatore Maugeri di Milano, Christian Lunetta, del Centro Clinico Nemo di Milano, e di Massimo Corbo, della Casa di Cura del Policlinico di Milano. Lo studio è stato finanziato dalla Fondazione Telethon, con un contributo della Fondazione Aldo e Cele Daccò, della Comunità Europea, dell'Associazione Amici del Mario Negri e della Fondazione Vialli e Mauro.

■ **SCENARI** / È un settore molto promettente per migliorare la qualità della vita dei pazienti più anziani con problemi di mobilità

La telemedicina per gestire le malattie croniche

Si chiama "Buongiorno Creg" il programma di cura che coinvolgerà 32 mila pazienti in 4 Asl lombarde

Parte proprio dalla Lombardia il progetto di telemedicina "Buongiorno Creg", programma di cura per le malattie croniche, che coinvolgerà oltre 32 mila pazienti e 273 medici di famiglia in quattro Asl lombarde: Bergamo, Como, Milano e Milano 2. Ideato dalle cooperative Iml, Mmg-Creg e Ccmc, che faranno da supporto ai medici, il progetto mira a una migliore gestione delle patologie croniche: Creg infatti sta per "Chronic Related Group", dunque di malattie che riguardano in larga parte anche la popolazione anziana. Si

tratta di una serie di attività, servizi e prestazioni specifici per patologia, da personalizzare per ciascun paziente e finalizzate ad assicurare i livelli assistenziali presso il proprio domicilio. L'obiettivo è ridurre gli accessi ai servizi di pronto soccorso (un analogo progetto in Uk ha portato al 20% di richieste in meno) e i ricoveri ospedalieri (-11%), alleggerendo quindi l'impegno delle strutture sanitarie, migliorando, però, parallelamente l'assistenza ai pazienti e il contrasto delle malattie, con una migliore qualità della vita.

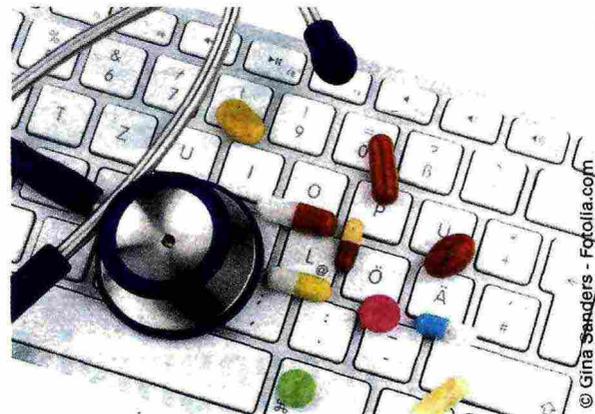
Nell'ambito del Creg, proprio a gennaio è stato avviato il servizio di assistenza wireless per il monitoraggio a distanza dei pazienti, sfruttando la piattaforma tecnologica e l'hub 2Net di Qualcomm Life, in seguito all'accordo siglato con il fornitore di soluzioni di telemedicina Telbios. Coinvolti 1.500 pazienti: il servizio di telemedicina, con assistenza del medico di famiglia e la supervisione di una squadra di infermieri, utilizza apparecchiature diagnostiche di telemonitoraggio: elettrocardiografo, bilancia, ossimetro, glucometro, misuratore

di pressione, termometro. Le prestazioni includono la verifica dell'aderenza al piano di cura, telemonitoraggio, teleconsulto, educazione ed empowerment, compliance farmacologica, centro servizi proattivo. La telemedicina può essere una strada molto interessante per migliorare la qualità della vita dei pazienti più anziani, soprattutto se affetti da problemi di mobilità per ragioni di salute o logistiche, quindi in regioni di montagna o in città particolarmente affollate, nelle quali spostarsi per recarsi dal proprio medico diventa complicato o costoso.

Obiettivo: servizi trasfusionali efficienti

Simti, la Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia, è nata nel 1954 come Associazione Italiana dei Centri Trasfusionali, sulla traccia dell'esperienza dell'associazione statunitense Aabb, per riunire le strutture trasfusionali sul territorio nazionale, darsi un'organizzazione su rigorose basi scientifiche e pratiche, e in generale promuovere la nascita di nuove strutture qualificate.

L'associazione, a carattere scientifico e senza scopo di lucro, si occupa primariamente della promozione di servizi trasfusionali efficienti e qualificati, di contribuire al progresso scientifico, tecnico, organizzativo, sociale e morale della immunoematologia e della trasfusione del sangue, collaborare con le istituzioni per lo sviluppo del servizio nel Paese e di favorire formazione e addestramento degli addetti anche attraverso iniziative di formazione continua in medicina (Ecm). Tra gli eventi organizzati nel 2015, il 13 febbraio presso il centro Il Fuligno a Firenze è in programma il corso "Medicina trasfusionale: ferrocarenza e sovraccarico di ferro".



Una buona notizia dall'Aifa per chi soffre di rinite allergica

15 FEB - *Gentile Direttore,*

il 2015 sarà un anno importante per l'Italia nella cura delle malattie allergiche, perché la nostra agenzia del farmaco ha ammesso per la prima volta al rimborso in classe A un prodotto di immunoterapia specifica (AIT), notizia che desta anche interesse a livello internazionale ovvero nel "Journal of Asthma and Allergy" di cui le anticipo, come autore, la prossima pubblicazione.

Quanto precede non è affatto sorprendente, perché la rinite allergica e le allergie respiratorie nel mondo ed in particolar modo in Italia colpiscono dal 20% al 30% della popolazione penalizzando gli allergici nelle loro attività quotidiane sia per quelle relative al tempo libero che quelle scolastiche o professionali, con un forte impatto sulla produttività che si traduce in una perdita economica di miliardi di euro sul piano nazionale.

Come allergologo ritengo l'ammissione al rimborso un fatto fondamentale perché l'AIT è l'unica terapia in grado di agire sulle cause e non solo sui sintomi dell'allergia.

Il farmaco rimborsato tratta la rinite allergica da graminacee utilizzando una miscela di 5 pollini, 4 dei quali sono presenti prima e durante il picco della stagione pollinica in Italia e questo lo rende particolarmente adatto al paziente che vive nelle aree mediterranee ed in particolare nella nostra penisola.

Ciò che rende questo farmaco unico è anche la presenza di studi fatti in Italia nei quali la diagnosi e la terapia sono state condotte con la miscela di graminacee, quella idonea alla realtà nostrana.

Nella circostanza si è dimostrato invece che l'uso di una sola graminacea non è adatta alla popolazione allergica italiana.

La decisione di AIFA segna quindi una pietra miliare nella storia della moderna immunoterapia allergene specifica.

Giorgio Ciprandi

Dirigente Medico Allergologo

IRCCS-A.O.U. San Martino di Genova

15 febbraio 2015

© Riproduzione riservata

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

13 febbraio 2015

ANTEPRIMA/ Ospedali, ecco gli standard "ben scritti" dopo lo stop del Consiglio di Stato. Presto il regolamento in Gazzetta

Sta per arrivare in Gazzetta Ufficiale il regolamento sugli standard ospedalieri licenziato il 5 agosto scorso dalla Conferenza Stato-Regioni, ma rimandato indietro «con ignominia» dal Consiglio di Stato per la lunga sequela di errori sintattici.

«Il predetto Atto - si legge nella premessa al provvedimento rivisto e corretto - recava errori materiali di carattere omissivo, non essendo state recepite e formalizzate in un unico testo le osservazioni delle Regioni, accolte nel merito dal ministero della Salute e dal concertante ministero dell'Economia».

A dirla tutta, però, i giudici di Palazzo Spada avevano respinto al mittente il testo perchè scritto malissimo, perfino con errori sintattici, punteggiatura sbagliata, eccesso di termini stranieri, confuso, formalmente eccepibilissimo. Ora, riscritto in bella copia il restyling degli ospedali è finalmente in dirittura d'arrivo.

Questi i punti principali del Regolamento:

- adotta un criterio vincolante di programmazione ospedaliera indicando alle regioni il parametro della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, da applicarsi tenendo conto anche della mobilità sanitaria interregionale, attiva e passiva;
- fissa criteri uniformi per la classificazione delle strutture ospedaliere in tre livelli a complessità crescente (presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti; presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti; presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti), prevedendo, per le strutture ospedaliere private accreditate, un numero minimo di posti letto in grado di assicurare efficacia e sicurezza delle cure;
- indica omogenei standard per singola disciplina fissando specifici parametri, da adottarsi tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale, documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità attraverso compensazioni tra discipline;
- fornisce oggettivi parametri di riferimento in materia di rapporto tra volumi di attività (numero annuo di prestazioni) , esiti favorevoli/sfavorevoli delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e del risk management, provvedendo altresì a promuovere modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure;
- fissa standard generali di qualità , secondo il modello di Clinical Governance, per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile (accountability), centrato sui bisogni della persona;
- detta specifiche e uniformi indicazioni per la sicurezza degli impianti e delle strutture;
- fornisce ulteriori standard per le alte specialità;
- prevede che le regioni organizzino la rete ospedaliera in reti specifiche in base al modello hub and spoke o a equivalenti altre forme di coordinamento e di integrazione professionale;
- fornisce per la rete dell'emergenza urgenza nuove indicazioni programmatiche ed organizzative, prevedendo anche specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso;
- fornisce indicazioni, in linea con quelle provenienti dall'Unione Europea, finalizzate a sollecitare specifici percorsi di integrazione terapeutici assistenziali quali ad es. quelli relativi alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria attraverso le unità mammarie interdisciplinari (breast unit), nonché di quelle di cui al documento di indirizzo nazionale avente ad oggetto la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia, elaborato dal gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero della salute, Regioni e PA ed esperti di Agenas e di società scientifiche.
- fornisce indicazioni, in coerenza con gli atti di indirizzo dell'Unione Europea, affinché presso i centri di oncologia

sia assicurato adeguato sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, individuando specifici percorsi di accompagnamento a cura di personale specializzato.

- indica alla regioni l'obiettivo di perseguire operativamente l'integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati, fornendo specifiche indicazioni relativamente alle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunità.

- detta parametri di riferimento in materia di strutture per la chirurgia ambulatoriale, sotto il prioritario profilo della sicurezza dei pazienti.

13 febbraio 2015

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

I medici decidono per alzata di mano sul ricovero del bimbo che costa troppo

Milano, in un ospedale pediatrico il via libera dopo i dubbi per i bilanci in rosso

Il caso

di **Simona Ravizza**

MILANO Un'alzata di mano per decidere se ricoverare un bimbo in rianimazione. Succede anche questo nella Sanità sempre più a corto di soldi. E accade in uno dei più importanti ospedali pubblici per bambini, con sede nel cuore di Milano.

Mancano pochi giorni a Natale e alla clinica pediatrica De Marchi sono tempi difficili. Gli Uffici del Controllo di gestione e programmazione si sono appena raccomandati di non sfiorare il bilancio. È fine anno e per i vertici degli ospedali è fondamentale chiudere con i conti in pareggio. I direttori generali, nominati dalla Regione, vengono giudicati anche — e soprattutto — sulla capacità di evitare buchi. A cascata, le pressioni per non andare in rosso coinvolgono tutti.

Poche ore dopo il richiamo a spese più attente, arriva alla De Marchi la richiesta di ricoverare un bambino egiziano di quasi un anno. Ha una grave malattia, un'immunodeficienza ereditaria, con enormi rischi di non riuscire a sopravvivere anche alla più banale infezione.

I medici capiscono bene che per il piccolo paziente servono cure particolarmente costose.

Ci sono da spendere oltre 50 mila euro e l'esito delle terapie è tutt'altro che scontato. E c'è il pericolo di un reale accanimento terapeutico. Il reparto che lo deve prendere in carico ha già superato il budget di spesa annuale, lo sfioramento è di quasi 100 mila euro.

I pediatri si interrogano. Il ricovero del bimbo va accettato? Il piccolo paziente è destinato a un trapianto di midollo in un altro ospedale ed è in arrivo alla De Marchi dopo essere già stato ricoverato in altre due strutture. Entrambe si sono scontrate con i medesimi problemi economici della De Marchi: si sono già prestate alle costose cure, ma ora chiedono aiuto altrove.

Per prendere la decisione si susseguono riunioni. L'ultima, la decisiva, avviene in reparto per alzata di mano. Ai presenti — una decina — viene chiesto di esprimersi attraverso una votazione. Si decide di ricoverare il bimbo.

Ma l'alzata di mano lascia un segno tra i presenti che ora — con il bambino miracolosamente migliorato — si domandano: «Possibile che nel servizio sanitario un medico debba

trovarsi a fare scelte di questo tipo? Pesare la vita di un bimbo in relazione alle spese per salvarlo?».

Questione di soldi. La clinica pediatrica De Marchi è una costola del Policlinico di Milano, ospedale universitario che è un punto di riferimento nazionale

per oltre 200 malattie rare. Per queste patologie le terapie sono onerose perché, essendo poco diffuse, i farmaci sono particolarmente cari.

Il problema dei conti in ordine è una lotta quotidiana. E con i tagli al bilancio della Sanità degli ultimi anni la situazione

in Italia è sempre più precaria. Secondo le stime delle Regioni nel 2012 sono arrivati complessivamente 3 miliardi di euro in meno e nel 2013 ben 5 miliardi e mezzo.

È di questi giorni, inoltre, la discussione sull'ennesima riduzione di finanziamenti per

una cifra di 2,450 miliardi di euro. Eppure già oggi in Italia la spesa sanitaria è solo il 9,2% del Pil, assai inferiore a quella degli Stati Uniti (16,9%) e di Paesi europei come la Francia (11,6%) e la Germania (11,1%). Il minore trasferimento di soldi

colpisce con un effetto domino le Regioni, gli ospedali e i singoli reparti.

Dopo aver votato, i pediatri si sono rivolti alla direzione di presidio. «Sono al corrente di quanto accaduto e ho sostenuto i medici nella decisione dando la copertura sanitaria richiesta — spiega il direttore Basilio Tiso —. Il bambino è stato curato e sta meglio. Nei prossimi giorni ci sarà il trapianto di midollo».

È andata bene, fa intendere Tiso, ma è difficile andare avanti così: «Con lo sforzo di tutti, amministratori, direzione strategica dell'ospedale, medici e infermieri, questa situazione si sta risolvendo. Ma se i fondi continueranno a diminuire — sottolinea — è indispensabile una profonda riforma del sistema sanitario. Occorre diminuire il peso dell'apparato amministrativo, burocratico e politico sulla Sanità, in modo da sbloccare risorse in favore degli operatori medici e infermieristici, delle tecnologie più all'avanguardia e dei nuovi farmaci». Un medico non può e non deve fermarsi a riflettere sul costo di una cura.

 @SimonaRavizza
 © RIPRODUZIONE RISERVATA

I tagli

● Governo e Regioni stanno discutendo sui tagli previsti dalla legge di Stabilità. L'accordo, che avrebbe dovuto essere sottoscritto giovedì scorso, è slittato alla prossima settimana. Il governo ha ancora in corso approfondimenti tecnici

● In gioco c'è una cifra complessiva di ben 2.450 miliardi di euro. Un taglio di non poco conto che le Regioni — come sottolinea *Quotidiano Sanità* — vogliono spalmare su tre voci di spesa: beni e servizi, farmaceutica e prestazioni degli ospedali privati accreditati

● Le Regioni rischiano di dovere rinunciare anche a 450 milioni di euro previsti per gli interventi di edilizia sanitaria

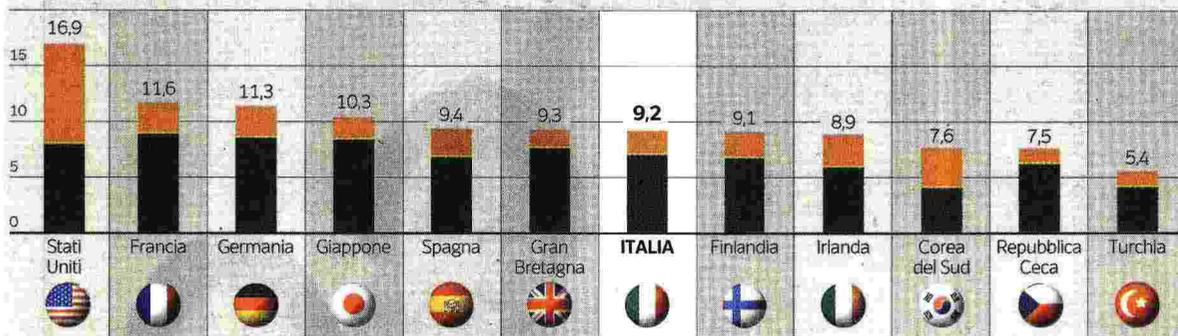
● Secondo le stime delle Regioni nel 2012 sono arrivati in tutto 3 miliardi di euro in meno, nel 2013 ben 5 miliardi e mezzo in meno

Il confronto

Quota del Pil destinata alla spesa sanitaria, paesi Ocse

Dati 2014 (valori in %)

LEGENDA ■ Pubblica ■ Privata



Fonte: elaborazioni Ocse

d'Arco



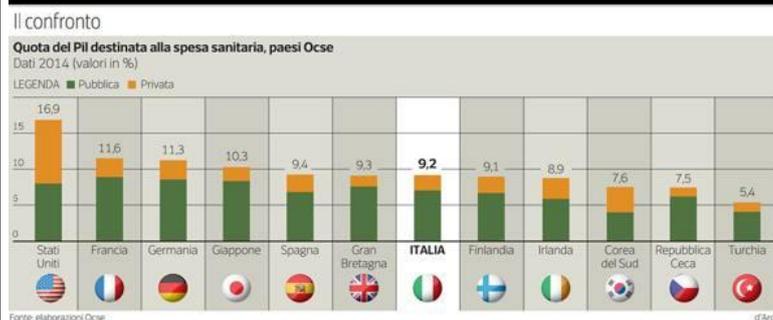
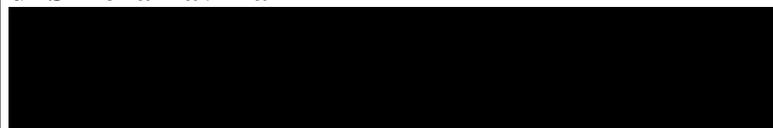
<http://www.corriere.it/salute/>

IL CASO

Ricovero di un bimbo: costa troppo, medici decidono per alzata di mano

Milano, in un ospedale pediatrico il via libera dopo i dubbi per i bilanci in rosso. I dottori: «Non possiamo fermarci a riflettere sul costo di una cura»

di Simona Ravizza



MILANO Un'alzata di mano per decidere se ricoverare un bimbo in rianimazione. Succede anche questo nella Sanità sempre più a corto di soldi. E accade in uno dei più importanti ospedali pubblici per bambini, con sede nel cuore di Milano.

Un ricovero potenzialmente da 50mila euro

Mancano pochi giorni a Natale e alla clinica pediatrica De Marchi sono tempi difficili. Gli Uffici del Controllo di gestione e programmazione si sono appena raccomandati di non sfiorare il bilancio. È fine anno e per i vertici degli ospedali è fondamentale chiudere con i conti in pareggio. I direttori generali, nominati dalla Regione, vengono giudicati anche - e soprattutto - sulla capacità di evitare buchi. A cascata, le pressioni per non andare in rosso coinvolgono tutti. Poche ore dopo il richiamo a spese più attente, arriva alla De Marchi la richiesta di ricoverare un bambino egiziano di quasi un anno. Ha una grave malattia, un'immunodeficienza ereditaria, con enormi rischi di non riuscire a sopravvivere anche alla più banale infezione. I medici capiscono bene che per il piccolo paziente servono cure particolarmente costose. Ci sono da spendere oltre 50 mila euro e l'esito delle terapie è tutt'altro che scontato. E c'è il pericolo di un reale accanimento terapeutico. Il reparto che lo deve prendere in carico ha già superato il budget di spesa annuale, lo sfioramento è di quasi 100 mila euro.

I medici di fronte a una scelta difficile

I pediatri si interrogano. Il ricovero del bimbo va accettato? Il piccolo paziente è destinato a un trapianto di midollo in un altro ospedale ed è in arrivo alla De Marchi dopo essere già stato ricoverato in altre due strutture. Entrambe si sono scontrate con i medesimi problemi economici della De Marchi: si sono già prestate alle costose cure, ma ora chiedono aiuto altrove. Per prendere la decisione si susseguono riunioni. L'ultima, la decisiva, avviene in reparto per alzata di mano. Ai presenti - una decina - viene chiesto di esprimersi attraverso una votazione. Si decide di ricoverare il bimbo. Ma l'alzata di mano lascia un segno tra i presenti che ora - con il bambino miracolosamente migliorato - si domandano: «Possibile che nel servizio sanitario un medico debba trovarsi a fare scelte di questo tipo? Pesare la vita di un bimbo in relazione alle spese per salvarlo?».

La situazione dei conti nella sanità

Questione di soldi. La clinica pediatrica De Marchi è una costola del Policlinico di Milano, ospedale universitario che è un punto di riferimento nazionale per oltre 200 malattie rare. Per queste patologie le terapie sono onerose perché, essendo poco diffuse, i farmaci sono particolarmente cari. Il problema dei conti in ordine è una lotta quotidiana. E con i tagli al bilancio della Sanità degli ultimi anni la situazione in Italia è sempre più precaria. Secondo le stime delle Regioni nel 2012 sono arrivati complessivamente 3 miliardi di euro in meno e nel 2013 ben 5 miliardi e mezzo. È di questi giorni, inoltre, la discussione sull'ennesima riduzione di finanziamenti per una cifra di 2,450 miliardi di euro. Eppure già oggi in Italia la spesa sanitaria è solo il 9,2% del Pil, assai inferiore a quella degli Stati Uniti (16,9%) e di Paesi europei come la Francia (11,6%) e la Germania (11,1%). Il minore trasferimento di soldi colpisce con un effetto domino le Regioni, gli ospedali e i singoli reparti.

Ora il bambino sta meglio

Dopo aver votato, i pediatri si sono rivolti alla direzione di presidio. «Sono al corrente di quanto accaduto e ho sostenuto i medici nella decisione dando la copertura sanitaria richiesta - spiega il direttore Basilio Tiso -. Il bambino è stato curato e sta meglio. Nei prossimi giorni ci sarà il trapianto di midollo». È andata bene, fa intendere Tiso, ma è difficile andare avanti così: «Con lo sforzo di tutti, amministratori, direzione strategica dell'ospedale, medici e infermieri, questa situazione si sta risolvendo. Ma se i fondi continueranno a diminuire - sottolinea - è indispensabile una profonda riforma del sistema sanitario. Occorre diminuire il peso dell'apparato amministrativo, burocratico e politico sulla Sanità, in modo da sbloccare risorse in favore degli operatori medici e infermieristici, delle tecnologie più all'avanguardia e dei nuovi farmaci». Un medico non può e non deve fermarsi a riflettere sul costo di una cura.