



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

31 OTTOBRE 2017

RASSEGNA STAMPA



L'addetto Stampa
Massimo Bellomo Ugdulena



(<https://www.insanitas.it/>)



IN SANITAS ▶ Livello1 ▶ Cura del Parkinson, parte da Villa Sofia- Cervello la nuova rete regionale di assistenza

OSPEDALI ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/CATEGORY/NOTIZIE/OSPEDALI/](https://www.insanitas.it/category/notizie/ospedali/))

Cura del Parkinson, parte da Villa Sofia- Cervello la nuova rete regionale di assistenza

31 ottobre 2017

È l'obiettivo del progetto assegnato al Centro di riferimento regionale per le malattie extrapiramidali, diretto da Tania Avarello. Ecco le interviste video di Insanitas

di Roberto Chifari (<https://www.insanitas.it/author/roberto-chifari/>)

Parkinson, al via in Sicilia un progetto di assistenza



Una rete regionale di assistenza dei **pazienti parkinsoniani** per uniformare le diverse modalità di gestione della malattia. È l'obiettivo del progetto assegnato in queste settimane al Centro di riferimento regionale per le malattie extrapiramidali di Villa Sofia-Cervello, diretto da Tania Avarello.

Finanziato dal Ministero della Salute, è stato illustrato a Palermo nel corso dell'annuale convegno dell'**Associazione italiana parkinsoniani** (in alto, il video con interviste a cura di Insanitas).

Il Centro di riferimento regionale di Villa Sofia-Cervello, che si trova al Cto, ha già portato avanti da tre anni due progetti regionali volti a migliorare la gestione della malattia con una modalità multidisciplinare, ovvero una gestione che considera il paziente nella sua globalità, avvalendosi di varie figure professionali pronte a intervenire nelle varie fasi, cercando di rallentare il decorso della malattia, in linea con gli standard nazionali ed internazionali.

Il Parkinson è la seconda malattia degenerativa del sistema nervoso centrale (dopo l'Alzheimer), con un'incidenza di 20 nuovi casi l'anno su 100.000 abitanti. Pochi anni fa veniva considerata una malattia della terza età, con insorgenza intorno ai 60-65 anni, ma nell'ultimo decennio si è assistito ad un abbassamento della comparsa della malattia, con l'interessamento di soggetti in piena attività socio-lavorativa.

SANITÀ. Ad opporsi erano stati professionisti legati con contratti a tempo all'azienda, che intanto ha assunto altre 28 persone. Migliore: chiederemo tempi più brevi

Nuovi medici al Civico, via libera dal Tar Ma si dovrà attendere il giudizio di merito

«Legittimo utilizzare le graduatorie», la firma slitta a marzo

Sospensione negata, ma per procedere davvero con le assunzioni bisognerà attendere il giudizio di merito, a marzo. Il manager chiederà di anticipare l'udienza, questo personale serve.

Silvia Buffa

«Nessuna sospensione». Così ha deciso il Tar rispetto al ricorso presentato da otto medici contro l'assessorato regionale della Salute e l'ospedale Civico, in merito al «modus operandi» usato per assumere alcuni colleghi e occupare i posti rimasti vacanti nel precedente organico. Assunzioni legittime, quindi, ma per procedere all'effettiva immissione di ruolo e alla sottoscrizione dei contratti si dovrà attendere l'8 marzo prossimo. È questa, infatti, la data stabilita dal giudice Calogero Ferlisi «per la trattazione nel merito». Una decisione presa alla luce del fatto che la materia oggetto di giudizio riguarda «questioni complesse che mal si prestano alla deliberazione sommaria propria della fase cautelare». Un lasso di tempo però troppo lungo, secondo Giovanni Migliore, direttore generale del Civico, che prevede già di rivolgersi al Tribunale per fissare una data diversa e più vicina.

Ma quali sono, effettivamente, le

circostanze che hanno portato a questo ricorso? «L'assessorato, attraverso circolari e successive interlocuzioni più approfondite, ci aveva indicato di colmare i posti vacanti della vecchia dotazione organica utilizzando le graduatorie esistenti fino a una certa data, prima di procedere a qualunque altra forma di reclutamento e quindi a mobilità, stabilizzazioni o a nuovi concorsi», spiega proprio il direttore Migliore. L'ospedale quindi segue le direttive ricevute e procede a una ricognizione delle graduatorie presenti in azienda e valide sulla base dei criteri stabiliti. «La prima tranche l'abbiamo fatta per cinque anestesisti rianimatori, che hanno sottoscritto il contratto e sono quindi stati immessi in servizio - continua il direttore -. Successivamente, abbiamo iniziato a utilizzare le altre graduatorie che servivano per coprire i restanti posti vacanti, assumendo neurologi, neurochirurghi, ortopedici e cardiologi».

Ed è qui che la storia prende una piega diversa. «Alcuni medici, che a vario titolo sono stati impiegati dall'azienda con contratti libero-professionali o a tempo determinato, ma che comunque non erano presenti in quelle graduatorie, hanno ritenuto che il loro diritto di poter concorrere successivamente a un concorso pubblico fosse stato leso da questo utilizzo delle vecchie gra-

duatorie, e quindi hanno proposto il ricorso al Tar, chiedendo in prima battuta la sospensione del provvedimento che noi avevamo assunto e successivamente, nel merito, l'annullamento del provvedimento», precisa Migliore.

Sospensione di fatto respinta dal giudice amministrativo, che ha però allungato i tempi di altri cinque mesi. «Non possiamo aspettare tutto questo tempo, chiederemo di anticipare il giudizio - dice ancora Migliore - non vorremmo trovarci nella sgradita condizione di andare avanti con degli atti e poi trovarci di fronte a un giudizio che ci impone di revocarli».

Intanto, però, le altre assunzioni in programma procedono senza intoppi. Questa mattina, infatti, 28 persone, già parte dell'organico dell'azienda con diverse qualifiche, firmeranno il contratto a tempo indeterminato. Si tratta, nello specifico, di 15 operatori socio-sanitari, sette infermieri, due collaboratori amministrativi, due assistenti amministrativi e due tecnici di radiologia, tutti dipendenti che saranno immessi in ruolo a seguito di procedura di mobilità da altre aziende. «Per noi questa è una grande soddisfazione e ci consente di fare ordine e di investire su queste persone - conclude Migliore -. Noi non ci fermeremo e andremo avanti nel rispetto della legge e delle persone». (SIBU)



Nuove assunzioni all'ospedale Civico, per otto è arrivato il via libera dal Tar



LAVORI PUBBLICI. Via alla selezione per le manifestazioni di interesse. Poi la gara Manutenzione degli immobili Asp, gara da 800 milioni

••• Sul piatto ci sono in tutto 800 mila euro divisi in due lotti da 200 e 600 mila. Li ha messi l'Asp per realizzare un «accordo quadro» che consenta di avere a disposizione le ditte per effettuare lavori in caso di pronto intervento, sia edili che di natura impiantistica, e garantire le operazioni di manutenzione ordinaria e straordinaria. Un sistema che permette di utilizzare uno strumento di lunga durata ed evita nel caso di urgenze la lentezza delle procedure proprie degli enti pubblici nel caso di lavori che si rendessero necessari e in assenza dell'accordo dovrebbe avvenire mettendo in moto le procedure dell'appalto. L'avviso, pubblicato sull'albo pretorio, scade oggi, e ha permesso alle imprese di partecipare alla manifestazione di interes-

se (che in questo momento non obbliga l'amministrazione a contrarre) per l'affidamento dei lavori nelle «strutture immobiliari» dell'Asp che hanno sede Bagheria, Termini Imerese, Cefalù e Petralia.

L'obiettivo è quello di individuare 50 operatori economici, 25 per ogni lotto, che saranno sorteggiati fra tutte le manifestazioni di interesse che saranno arrivate entro oggi a mezzogiorno. Gli operatori che l'Asp individuerà saranno poi chiamati a negoziare e il criterio di aggiudicazione avverrà secondo il prezzo di offerta più bassa.

L'accordo quadro avrà durata presumibile di due anni a decorrere dalla stipula del contratto e si concluderà comunque a esaurimento della somma disponibile. Secondo il bando, è ammesso il

sub appalto, nella misura massima del 30 per cento dell'importo complessivo dei lavori riferito a ogni singolo lotto.

Il dipartimento risorse economico-finanziarie dell'Asp, ha previsto comunque che nel «rispetto del principio di rotazione» non saranno ammesse le manifestazioni di interesse degli operatori che hanno in corso con Asp appalti di importo pari o superiore a 80 mila euro, o che per lo stesso importo hanno concluso lavori nei dodici mesi precedenti. La selezione degli operatori che verranno invitati alla successiva procedura negoziata avverrà per sorteggio, se il numero delle domande pervenute sarà superiore a 25 per ogni singolo lotto. Il sorteggio si terrà il 3 novembre all'unità operativa «Progettazione e manutenzione».

GL. MA.



Regione, nuova proroga di sei mesi per tutti i precari della sanità siciliana



(fotogramma)

A rilento le operazioni di assunzione a tempo indeterminato: l'assessorato rinnova i contratti a tempo a marzo la decisione del Tar sulla legittimità delle assunzioni all'ospedale Civico

di GIULSI SPICA

Stampa



31

Le operazioni di assunzione a tempo indeterminato nella sanità siciliana procedono a rilento e dalla Regione scatta una nuova proroga per tutti i camici bianchi e gli operatori sanitari precari. Le aziende potranno prolungare i loro contratti di altri sei mesi, nell'attesa di riempire i posti liberi attraverso lo scorrimento delle graduatorie, la mobilità e i nuovi concorsi. Una misura necessaria per evitare paralisi di Asp e ospedali e consentire ai commissari delle aziende di reclutare il personale necessario entro i prossimi tre anni.

Una misura che arriva a meno di una settimana dalle elezioni regionali del 5 novembre. Quello delle assunzioni in sanità è stato uno dei temi che ha tenuto banco in campagna elettorale. Due settimane fa la giunta di governo aveva approvato un ulteriore atto di indulto per la stabilizzazione dei precari in corsia. Ma adesso arriva una ulteriore proroga, la quarta in due anni, dei contratti a tempo.

Lo conferma il manager dell'Asp di Trapani, Giovanni Bavetta, fedelissimo dell'assessore Baldo Gucciardi che in questi giorni è nel rush finale della sua campagna elettorale (è candidato del Pd nel collegio di Trapani). "Tutti i contratti a tempo determinato per il personale sanitario e amministrativo, in scadenza al 31 dicembre prossimo - dice Bavetta - sono stati prorogati al 30 giugno 2018. Il Tar stabilisce un decreto che mi è stato notificato oggi dall'assessorato regionale alla Salute". "Le aziende sanitarie siciliane - aggiunge - possono così programmare tutto il percorso assunzionale in corso, dalla mobilità, alle stabilizzazioni, ai bandi di concorso, grazie a questa proroga, però così la massima serenità a tutto il personale precario a tempo determinato, che attende questo percorso da anni".

Sulla maxi infornata pende però la spada di Damocle dei ricorsi. Il 27 ottobre il Tar ha rinviato all'8 marzo la decisione sulla legittimità di una serie di assunzioni di cardiologi, medici di pronto soccorso, neurologi e altri professionisti che l'ospedale Civico di Palermo ha chiamato per la firma del contratto a tempo indeterminato, utilizzando vecchie graduatorie di concorso congelate. In prima istanza il Tar aveva concesso lo stop, fissando la discussione sulla richiesta di sospensiva al 27 ottobre. I giudici amministrativi non hanno accettato la sospensiva dei provvedimenti impugnati, ma giudicano fondate le contestazioni dei medici precari che da anni lavorano al Civico e hanno proposto il ricorso contro l'assunzione dei vecchi vincitori di concorso che verrebbero assunti al posto loro. I nodi da sciogliere restano sostanzialmente due: la validità o meno di graduatorie pubbliche datate anche al 2007 e l'obbligo previsto dalla legge del 50 per cento dei posti vacanti alla stabilizzazione che l'ospedale non avrebbe rispettato. Adesso il manager Giovanni Migliore chiede di procedere alla firma degli otto contratti, col rischio che a marzo il Tar li giudichi illegittimi, oppure congelare i posti contestati ai vecchi vincitori di concorso e precari storici in attesa del giudizio finale.

Mi piace Piace a te e ad altre 115 mila persone.



GUARDA ANCHE

PROMOSSO

Casa, ecco le spese che puoi scaricare nel 730
Aste Immobiliari



Palermo

Province: [PALERMO](#) [AGRIGENTO](#) [CALTANISSETTA](#) [CATANIA](#) [ENNA](#) [MESSINA](#) [RAGUSA](#) [SIRACUSA](#) [TRAPANI](#)

Cerca nel sito

ME

Palermo, "mori per colpa di turni di lavoro massacranti": maxirisarcimento chiesto all'ospedale Civico

I familiari di un medico rianimatore pediatrico morto nel 2012 fanno causa all'azienda ospedaliera per 2,5 milioni di euro

di GIUSI SPICA

Stampa



31 ottobre 2017



I familiari di un anestesista pediatrico chiedono un maxi risarcimento da 2 milioni 568 mila euro all'Arnas Civico di Palermo: il medico - sostengono i parenti - non avrebbe retto ai turni massacranti e ai carichi di lavoro pesantissimi imposti nel reparto di Rianimazione dell'ospedale dei Bambini. Per questo, sono sicuri, il dottore Eugenio Rappa sarebbe morto. E così gli eredi si sono ricolti ai giudici del tribunale del lavoro contro l'ospedale.

Una richiesta che preoccupa i vertici dell'Arnas, preoccupati per la maxi-cifra

richiesta. Il 26 ottobre, con una delibera, hanno dato mandato all'avvocato Enrico Cadelo di assistere la struttura ospedaliera e chiamare a testimoniare alcuni colleghi del dottore Eugenio Rappa, morto cinque anni fa.

Quello dei turni massacranti dovuti alle carenze di personale in corsia è un tema sollevato anche dai sindacati. Una settimana fa un dipendente dell'Asp di Messina è svenuto procurandosi lesioni fisiche, dopo aver lavorato quindici giorni consecutivi, senza un solo giorno di riposo, mentre stava per terminare il turno notturno. "Un episodio gravissimo - ha denunciato il segretario generale territoriale del sindacato Fials Messina, Domenico La Rocca - a danno dei lavoratori che patiscono turni di servizio ed orari di lavoro massacranti in violazione delle leggi Italiane ed europee. I casi registrati sono in continuo aumento, alcuni di questi vengono segnalati al nostro sindacato che prontamente denuncia i fatti agli organi ispettivi competenti (Ispettorato provinciale del Lavoro) ma molti potrebbero essere i casi sottaciuti dai lavoratori per evitare ritorsioni".

Mi piace Piace a te e ad altre 115 mila persone.



GUARDA ANCHE

PROMOSSO DA TABOOLA

Piccoli borghi in vendita, ecco quali sono e quanto costano
Aste Immobiliari

CASE MOTORI LAVORO



Attività Commerciali

Vendita Cogefim 13141 - AGRITURISMO
PA Cogefim 13141 - Vendesi SICILIA CE
MADONIE (PA) - AGRITURISMO con 7 €
piscina camere.

CERCA UNA CASA

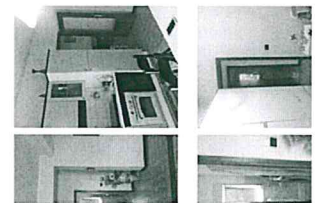
Vendita Affitto Asta Giudiziar

Provincia

Palermo

Pubblica il tuo annuncio

ASTE GIUDIZIARIE



Appartamenti Bronte Via G.B. Pergole:
85455

Vendite giudiziarie in Sicilia

Visita gli immobili de

a Palermo

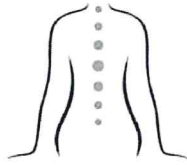
Scegli una città

Palermo

Scegli un tipo di locale

TUTTI

Inserisci parole chiave (facoltativo)



(<http://www.medisalute.it/>)

MediSalute

HOME ([HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/](http://www.MEDISALUTE.IT/))

SPECIALE GISE 2017 ([HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/SPECIALE-GISE-2017/](http://www.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/SPECIALE-GISE-2017/))

Cerca ...

MEDISALUTE TV ([HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/MEDISALUTE-TV/](http://www.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/MEDISALUTE-TV/))

PREVENZIONE ([HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/PREVENZIONE/](http://www.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/PREVENZIONE/))

RICERCA ([HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/RICERCA/](http://www.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/RICERCA/))

BENESSERE ([HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/BENESSERE/](http://www.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/BENESSERE/))

CIBO E SALUTE ([HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/CIBO-SALUTE/](http://www.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/CIBO-SALUTE/))

CONTATTI ([HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/CONTATTI/](http://www.MEDISALUTE.IT/CONTATTI/))



L'Emodinamica siciliana al 38° Congresso GISE

📅 30 ottobre 2017 (<http://www.medisalute.it/lemodinamica-siciliana-al-38-congresso-gise/>) 📄 Redazione (<http://www.medisalute.it/author/admin/>)
 ➡ In evidenza (<http://www.medisalute.it/category/starred/>), Speciale GISE 2017 (<http://www.medisalute.it/category/speciale-gise-2017/>)

di Maria Grazia Elfo

La Sicilia si attesta ormai una regione all'avanguardia sul fronte della cardiologia interventistica.

Nonostante le difficoltà di organico, registrate in quasi tutti i **laboratori di emodinamica** della regione, **gli emodinamisti siciliani garantiscono in modo omogeneo la pronta reperibilità h 24**: questo ha permesso di abbattere i tassi di mortalità per IMA (infarto miocardico acuto). Progressi e difficoltà raccontati da alcuni dei cardiologi interventisti siciliani che hanno rappresentato la nostra regione al 38esimo Congresso della Società Italiana di Cardiologia interventistica (GISE).



Carlo Cicerone, dirigente medico di primo livello dell'Emodinamica degli Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello, sottolinea: "Attraverso il Congresso, grazie ad un'ampia casistica aggiornata, si sono potuti apprezzare i prodotti più innovativi, come i **device** (dispositivi) di ultima generazione, sia per la chiusura dell'**auricola sinistra**, che per quella dei difetti interatriali o dei PFO". E sull'evoluzione della cardiologia interventistica continua: "Negli anni ha permesso l'abbattimento della mortalità nei pazienti cardiopatici, soprattutto nell'infarto acuto, consentendo di effettuare l'**angioplastica** in tempi rapidi, grazie alla rete dell'infarto coordinata con il **118**. Oggi non si parla più del cosiddetto tempo *door-to-balloon*, ma del tempo che intercorre tra la chiamata di emergenza (attraverso cui il paziente viene portato da casa direttamente in sala di emodinamica), e la puntura dell'arteria per effettuare l'angioplastica".

Mentre **Giuseppe Cirrincione**, responsabile Laboratorio Emodinamica dell'Arnas- Civico di Palermo evidenzia: "**L'evoluzione tecnica ci permette di trattare casi sempre più complessi**. Nella nostra Unità giungono molti pazienti per infarto acuto e si esegue un alto numero di angioplastiche primarie". E sulle nuove **linee guida europee** che estendono la TAVI anche ai pazienti a rischio intermedio commenta: "Così molti pazienti con **stenosi aortica sintomatica e severa**, prima lasciati in terapia medica con scarsi risultati, potranno trovare un trattamento adeguato".



Marco Caruso, dirigente medico di primo livello presso la stessa Azienda e membro del Comitato Scientifico dei congressi GISE 2016 e 2017 aggiunge: "**L'angioplastica coronarica** che, come è stato ricordato, in sede congressuale, **ha compiuto i 40 anni**, ha rappresentato una svolta in avanti, perché ha abbattuto la mortalità e ridotto i tempi di degenza, in linea con un'interventistica che ha cambiato la storia della cardiologia".

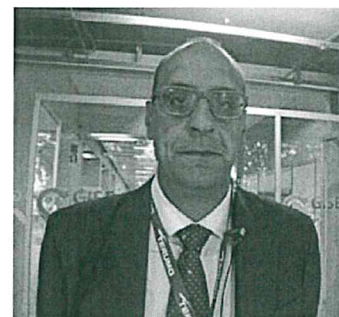


"La nostra Unità – afferma **Giuseppe Caramanno**, direttore dell'UOC di Cardiologia e Emodinamica dell'Ospedale San Giovanni di Dio, ASP di Agrigento – nel 2016 ha eseguito 302 angioplastiche primarie (in corso di infarto miocardico acuto), nonostante le **difficoltà di organico**: tema prioritario quest'ultimo per tutti i centri dell'Isola, se si pensa che gli emodinamisti si sobbarcano un sovraccarico di lavoro extra per garantire la tempestiva reperibilità nel caso di acuti, oltre all'attività routinaria dei reparti. Inoltre, noi avviamo iniziative di **screening cardiovascolare** sul territorio portando i nostri medici e i nostri strumenti in piazza".



"La cardiologia interventistica siciliana – afferma **Arian Frasheri**, responsabile dell'U.O.S Cardiovascolare dell'Ospedale Sant'Antonio Abate, ASP di Trapani, ha ormai superato il gap con le strutture del Nord. Il nostro è un centro che, oltre a coprire il trattamento degli acuti (angioplastica primaria), rappresenta un **punto di riferimento anche per l'angioplastica periferica** (il 25 per cento delle procedure). Dedichiamo, infatti, particolare attenzione ai **pazienti diabetici** con rischio di cancrena o presenza di ulcere (piede diabetico), scongiurando così l'amputazione dell'arto. Mancando nella nostra realtà la radiologia interventistica, con lo stesso personale e la stessa dotazione strumentale, estendiamo la nostra attività anche a copertura di questo tipo di servizio, molto importante per gli acuti (emorragie)" e commenta così il Congresso Gise: "Innovativo perché è stato dato ampio spazio ai giovani che abbiamo formato".

Tra i protagonisti di questa edizione GISE, **Antonino Nicosia**, direttore UOC di Cardiologia e Emodinamica, P.O. Maria Paternò Arezzo – ASP Ragusa e membro del Comitato Scientifico del Congresso, nonché Co-Director del corso PCR Peripheral 2017, che ha aperto le sessioni "Live Case" con due casi riguardanti la **patologia aterosclerotica multidistrettuale**, ponendo l'accento sulla complessità di trattamento della patologia combinata e sull'importanza della valutazione cardiaca e del rischio emorragico nei pazienti con arteriopatia periferica e concomitante fibrillazione atriale o scompenso cardiaco. **Nicosia** sottolinea: "Le patologie coronariche e vascolari periferiche fanno parte della stessa malattia: l'aterosclerosi che coinvolge, infatti, o il distretto coronarico, con le conseguenze di angina e/o infarto, o quello periferico con ischemia agli arti inferiori, o quello carotideo (conducendo all'ictus). **L'interventistica endovascolare** può risolvere questi quadri importanti, ma il paziente va studiato nella sua completezza, se si vogliono raggiungere risultati significativi, poiché l'evento per cui giunge a noi può solo essere la punta di un iceberg".



Alessio La Manna, Dirigente medico di 1 livello presso l'AOU Policlinico "Vittorio Emanuele" di Catania e membro del Consiglio Direttivo SICI /GISE, sottolinea come "La cardiologia interventistica oggi si estenda dal trattamento della malattia coronarica, all'interventistica strutturale, in alternativa e anche in sostituzione alla cardiocirurgia, consentendo di trattare quei pazienti che un tempo non potevano essere curati a causa del più alto rischio dell'intervento cardiocirurgico".

Per **Fabio Abate**, Resp. dell'UOC di Cardiologia con UTIC e Emodinamica Ospedale Giovanni Paolo II di Sciacca, ASP 1 Agrigento (anch'essa H 24): "Negli ultimi anni abbiamo registrato sviluppi importanti grazie a sofisticati **dispositivi miniaturizzati** che hanno facilitato sia la pratica diagnostica che gli interventi terapeutici", mentre **Giuseppe Mezzapelle**, dirigente medico di primo livello della stessa Unità aggiunge: "La cardiologia interventistica ha assunto un ruolo centrale: gran parte dei pazienti che accedono ai reparti di Unità coronarica transita in sala di emodinamica, non solo per l'angioplastica, ma anche per le riparazioni e/o le sostituzioni valvolari".

Francesco Scardaci, dirigente medico primo livello Emodinamica P.O. Sant'Elia ASP Caltanissetta rileva: "La nostra Emodinamica nonostante sia stata istituita più recentemente, colmando un vuoto territoriale importante per il trattamento dell'infarto miocardico acuto, ha un alto volume di attività sia in elezione che in urgenza, sebbene come **in tutta la Sicilia l'organico sia sottodimensionato rispetto al fabbisogno**".

Tagged **38° Congresso nazionale GISE** (<http://www.medisalute.it/tag/38-congresso-nazionale-gise/>)

cardiologia interventistica (<http://www.medisalute.it/tag/cardiologia-interventistica/>)

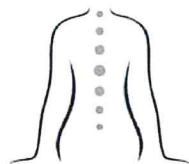
emodinamica (<http://www.medisalute.it/tag/emodinamica/>)

GISE 2017 (<http://www.medisalute.it/tag/gise-2017/>)

← **Libro Occlusioni Coronariche Croniche Totali**
(<http://www.medisalute.it/libro-occlusioni-coronariche-croniche-totali/>)

TAVI, il punto con il professore Corrado Tamburino →

Lascia un commento



(<http://www.medisalute.it/>)

MediSalute

[HOME \(HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/\)](http://www.MEDISALUTE.IT/)

[SPECIALE GISE 2017 \(HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/SPECIALE-GISE-2017/\)](http://www.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/SPECIALE-GISE-2017/)

Cerca ...

[MEDISALUTE TV \(HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/MEDISALUTE-TV/\)](http://www.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/MEDISALUTE-TV/)

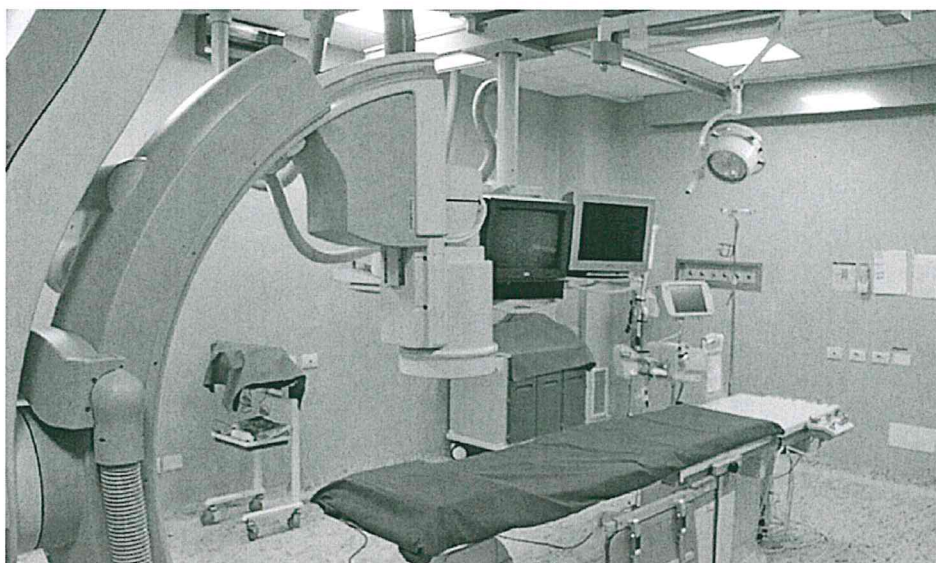
[PREVENZIONE \(HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/PREVENZIONE/\)](http://www.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/PREVENZIONE/)

[RICERCA \(HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/RICERCA/\)](http://www.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/RICERCA/)

[BENESSERE \(HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/BENESSERE/\)](http://www.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/BENESSERE/)

[CIBO E SALUTE \(HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/CIBO-SALUTE/\)](http://www.MEDISALUTE.IT/CATEGORY/CIBO-SALUTE/)

[CONTATTI \(HTTP://WWW.MEDISALUTE.IT/CONTATTI/\)](http://www.MEDISALUTE.IT/CONTATTI/)



Carenza degli organici nelle emodinamiche siciliane. Le iniziative del GISE

📅 30 ottobre 2017 (http://www.medisalute.it/_trashed-2/) 👤 Redazione (<http://www.medisalute.it/author/admin/>)

📁 Speciale GISE 2017 (<http://www.medisalute.it/category/speciale-gise-2017/>)

di Maria Grazia Elfo

Il volume di attività delle emodinamiche siciliane è in costante crescita e nel corso degli anni la rete per il trattamento dell'**infarto miocardico acuto (IMA)**, che vede protagoniste le **terapie di riperfusione precoci**, la **PTCA** (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty), più comunemente nota come **PCI** (angioplastica primaria), considerata il trattamento di prima scelta in riferimento al dato epidemiologico di maggior interesse, cioè quello relativo all'infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI), da eseguirsi in laboratorio di emodinamica, ha condotto a una **riduzione sostanziale della mortalità**.

La PTCA o PCI è una metodica mini-invasiva che consente di dilatare le arterie che nutrono il cuore (arterie coronarie) nel caso esse siano totalmente o parzialmente occluse dalle **placche aterosclerotiche**, allo scopo di ripristinare in una determinata regione del muscolo cardiaco un adeguato flusso sanguigno evitando l'evoluzione negativa degli eventi clinici che caratterizzano l'ischemia miocardica (angina, infarto miocardico). **Un intervento coronarico percutaneo si definisce riuscito** quando si ottiene un successo angiografico in assenza di outcome avversi durante l'ospedalizzazione.

In letteratura si è dimostrato che più è precoce l'esecuzione della procedura nel paziente con IMA meno elevata è la mortalità a breve termine; perciò l'angioplastica eseguita in corso (STEMI) è una procedura tempo-dipendente. Il Decreto sulla Rete IMA in Sicilia, risalente al giugno 2011, consente ai pazienti di accedere direttamente in sala di Emodinamica: ciò ha fatto sì che nella nostra regione, nel 2015, la mortalità a 30 giorni dall'infarto miocardico acuto si sia ridotta al di sotto della media nazionale, ma nonostante i progressi ottenuti – anche in considerazione dell'aumento del numero di lavoro, determinato dal maggior numero di interventi oggi eseguibili in emodinamica, risiede nei problemi strutturali, accanite.

Ok

all'assorbimento della normativa europea sui turni di lavoro – appare di fatto inadeguata la previsione del Decreto, laddove indica in 4 il numero minimo di emodinamisti “dedicati”. L'assenza di un parametro codificato per gli organici che, nonostante l'assimilabilità alla rete dell'emergenza-urgenza, si basa ancora sul numero di posti letto disponibili in reparto, richiede interventi tempestivi.

“L'emodinamica siciliana – afferma il delegato regionale GISE, Gaetano Satullo – ha avuto uno sviluppo importante sia sotto il profilo della qualità degli operatori e delle strutture, che su quello della quantità, in riferimento al numero di laboratori di emodinamica, oggi omogeneamente distribuiti sul territorio e tutti h 24: questo è fondamentale, perché la rete dell'infarto è tempo dipendente, cioè occorre intervenire entro 90 minuti dal primo contatto medico”. “Il GISE – continua Satullo – ha fatto molti sforzi per sensibilizzare i decisori istituzionali circa il problema del mancato adeguamento degli organici in Sicilia, infatti, nel 2016 abbiamo presentato alla VI Commissione dell'ARS un documento sulla carenza di personale in emodinamica, considerato che, gli standard minimi sulla struttura dei laboratori, circa il numero di emodinamisti dedicati, prescritti dalle linee guida GISE e dal Decreto del 2011, risultano ancora disattesi”. “Un tema delicato – conclude Satullo – se si pensa che la pronta reperibilità dei cardiologi interventisti, nel caso di acuti, è determinante per la sopravvivenza della popolazione. Si stima che in Sicilia ad oggi manchino circa 30/40 emodinamisti”. Tra le novità positive della nostra regione, il delegato regionale GISE segnala la recente attivazione (da circa 2 mesi e pertanto l'unica non ancora h. 24) dell'Emodinamica di Patti ed evidenzia come “questa colmi la più lunga distanza che fino a oggi occorreva per trasportare il paziente con infarto a Cefalù o a Messina. Un dato di rilevanza notevole visto che proprio nella zona nebroidea si registra il più alto tasso di mortalità per infarto”.

Tagged emodinamica (<http://www.medisalute.it/tag/emodinamica/>)

GISE-Società italiana di cardiologia interventistica (<http://www.medisalute.it/tag/gise-societa-italiana-di-cardiologia-interventistica/>)

laboratori di emodinamica (<http://www.medisalute.it/tag/laboratori-di-emodinamica/>) Sicilia (<http://www.medisalute.it/tag/sicilia/>) 

← TAVI, il punto con il professore Corrado Tamburino (<http://www.medisalute.it/tavi-il-punto-con-il-professore-corrado-tamburino/>)

GISE, continua il percorso innovativo. Dal presidente Musumeci al nuovo eletto Tarantini →

Lascia un commento

Commento

Nome *

Email *

Sito web

Commento all'articolo

MEDISALUTE TV

Nel 2017 stimati 13.600 nuovi casi. Grazie a terapie 'personalizzate' e diagnosi tempestive 7 malati su 10 riescono a sconfiggerlo. Il presidente Carmine Pinto: "E' una patologia sempre più giovanile e per la quale ancora troppe diagnosi arrivano per caso. Va aumentato il livello di conoscenza tra i cittadini". Presentati al XIX Congresso degli oncologi i primi risultati di una campagna nazionale

Roma, 30 ottobre 2017 – Il tumore del rene è una malattia che interessa sempre più i giovani, il 25% dei pazienti ha meno di 50 anni al momento della diagnosi. Solo dieci anni fa questa percentuale non raggiungeva il 10%. La neoplasia può essere correlata a stili di vita scorretti come fumo, dieta non equilibrata ed eccesso di peso.

Eliminare le sigarette può ridurre del 20% la probabilità di sviluppare un adenocarcinoma. Un consumo di grassi animali può essere una concausa mentre una dieta ricca di vegetali potrebbe avere un ruolo protettivo anche nei confronti del carcinoma renale.

Per questo l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) ha lanciato nei mesi scorsi una campagna educativa che si è articolata nella realizzazione di un minisito e una forte attività online sui social media, distribuzione di opuscoli e altro materiale informativo e un convegno nazionale presso il Ministero della Salute.

I primi risultati del progetto sono stati presentati a Roma in occasione della giornata conclusiva del XIX Congresso nazionale della Società Scientifica. "Abbiamo voluto insegnare ai cittadini di ogni fascia d'età come stare alla larga da una neoplasia ancora poco conosciuta - sostiene Carmine Pinto, Presidente Nazionale AIOM - In particolare ci siamo rivolti a quelle persone che devono essere considerate particolarmente a rischio. Chi ha parenti di primo grado affetti da carcinoma può avere una maggiore probabilità di essere colpito dal tumore rispetto alla popolazione generale. Adesso vogliamo concentrarci sugli over 65 e dobbiamo insegnare loro come riconoscere i campanelli d'allarme. Più della metà delle diagnosi è, infatti, casuale e avviene di solito tramite un'ecografia addominale eseguita per altri motivi. I principali sintomi sono sangue nelle urine, dolore al fianco e presenza di una massa palpabile a livello addominale. E, come nel passato, andremo ad incontrare gli anziani sul territorio per tenere speciali lezioni di salute".

Quest'anno il tumore del rene colpirà circa 13.600 italiani (9.000 uomini e 4.600 donne). Grazie a terapie sempre più 'personalizzate' e alle diagnosi precoci, sette pazienti su dieci riescono a sconfiggere la malattia. "Se riusciamo a intervenire durante le prime fasi della patologia allora i tassi di sopravvivenza superano il 50% - afferma Giacomo Carteni, Direttore dell'Oncologia Medica del Cardarelli di Napoli - Negli ultimi anni è stata sviluppata una nuova classe di farmaci a bersaglio molecolare che hanno la capacità di colpire obiettivi cellulari precisi e impedire la crescita del cancro. Possono svolgere, per esempio, un'azione anti-angiogenica riuscendo a fermare la formazione di vasi sanguigni. Tra questi abbiamo nuovi inibitori tirosin-chinasi come cabozantinib, che hanno dimostrato di essere particolarmente efficaci anche per i pazienti in fase metastatica. In Italia tale molecola sta finalizzando l'iter per la rimborsabilità con l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Più armi a disposizione che vanno inserite in una strategia di cura che vede chirurgia, farmaci orali TKi multitarget, immunoterapia. Tutto questo per rendere sempre più 'cronica' una malattia neoplastica come il carcinoma renale avanzato".

Un altro pericolo per i pazienti è rappresentato dall'ipertensione arteriosa. "Chi ne soffre corre un maggiore rischio di sviluppare un carcinoma del rene rispetto a un normoteso - prosegue Claudio Cricelli, Presidente Nazionale della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG), che sostiene la campagna AIOM - E' una tipica condizione che contraddistingue la terza età, interessa un italiano su tre e si tratta di uno degli aspetti che noi medici di famiglia dobbiamo costantemente tenere monitorato. Le patologie cardiovascolari e le neoplasie renali sono strettamente collegate ed è possibile evitarle entrambe seguendo gli stessi semplici accorgimenti come non fumare, limitare il più possibile il consumo di bevande alcoliche, svolgere regolarmente attività fisica e seguire sempre una dieta sana ed equilibrata. Non è mai troppo tardi per conoscere e mettere in pratica le regole della prevenzione".

Al congresso AIOM di Roma gli oncologi e i pazienti hanno rinnovato l'appello alle Istituzioni per favorire l'accesso alle migliori cure su tutto il territorio. "Nelle varie regioni esistono ancora troppe differenze di accesso ai trattamenti terapeutici, sia per quanto riguarda i nuovi farmaci sia la qualità dei centri di chirurgia oncologica - sottolinea Francesco De Lorenzo, presidente della Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO) - Consistenti miglioramenti anche sul piano legislativo sono comunque stati ottenuti e molto è stato fatto per far conoscere ai pazienti il rischio chirurgico presente in quei centri il cui numero dei casi di rene trattati chirurgicamente è addirittura inferiore a 5 l'anno".

Target therapy. Un cocktail di farmaci mirato. A un pezzo di Dna chiamato Braf. Che è anomalo nella metà dei malati. Ma gli scienziati scoprono anche altri errori nel genoma del killer. Così si aprono nuove strade. Per la cura e la prevenzione

Colpire il gene mutato contro il melanoma

LE NEWS

Se il test è artificiale

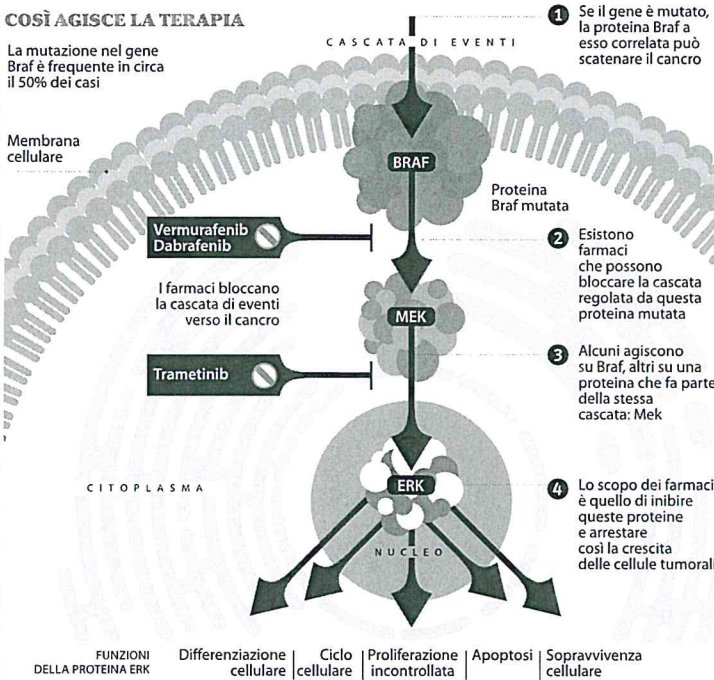
Asimmetria, bordi, colore, dimensioni ed evoluzione. La regola dell'ABCDE per monitorare i cambiamenti di forma e grandezza dei tumori della pelle. L'università di Waterloo e il Sunnybrook Research Institute, per esempio, sono al lavoro su un sistema di intelligenza artificiale che potrebbe permettere di ridurre il numero di biopsie, l'unico esame che permette la diagnosi certa del melanoma. Il sistema - presentato all'Icar di Montreal e non ancora disponibile - analizza le lesioni sospette stimando il contenuto di alcuni biomarcatori come melanina ed emoglobina, e confrontandoli con un database di riferimento.

Ciclamini per l'Ant

Fino al 20 novembre, in tante città italiane sarà possibile sostenere le attività di Fondazione Ant (assistenza nazionale tumori) onlus per i programmi di prevenzione oncologica per melanoma, tiroide, mammella e i tumori della sfera ginecologica acquistando un ciclamini (ant.it). «I nostri programmi di prevenzione, possibili grazie alla raccolta fondi», spiega Raffaella Pannuti, presidente di Fondazione Ant - rendono accessibili a tutti esami che altrimenti molti cittadini non potrebbero sostenere». In dodici anni sono state offerte oltre centomila visite gratuite per lo screening di tumori, controlli ecografici e pap test.

COSÌ AGISCE LA TERAPIA

La mutazione nel gene Braf è frequente in circa il 50% dei casi



- LEGGENDA
- Cellule tumorali
 - Cellule tumorali a fine vita
 - Cellule immunosoppressive
 - Inibitori di Braf
 - Macrofagi
 - Linfociti T
 - Cellule NK

SENZA TERAPIA

Le cellule con attività immunosoppressiva favoriscono lo sviluppo delle cellule tumorali

CON L'INIBIZIONE DI BRAF

Gli inibitori di Braf causano la morte delle cellule tumorali, reclutando cellule del sistema immunitario e riducendo il numero delle cellule con attività immunosoppressiva

FONTE: RIELABORAZIONE DA AMERICAN ASSOCIATION FOR CANCER RESEARCH / EMBO MOLECULAR MEDICINE. 2016. VEGF BLOCKADE ENHANCES THE ANTI-TUMOR EFFECT OF BRAFINIBITORS IN NUMBER OF IMMUNOTUMOR / NUMBER DEL CANCRO 2017 AGIM-ANT/IT

ANNA LISA BONFRANCESCHI

LA GENETICA parla. E ascoltarla può fare la differenza nella lotta al melanoma. Sia nella prevenzione che, soprattutto, nella cura, aiutando a scegliere quella più efficace, con minor effetti collaterali, e più tollerabile per il paziente. Per il melanoma la storia è tracciata e, in parte, anche già scritta. La figura del biologo molecolare è ormai da anni accanto a dermatologi e oncologi e in futuro sarà sempre più indispensabile per mettere a freno una neoplasia di cui in Italia ogni anno si registrano 14 mila nuovi casi (dati Airtum 2017), che ne fanno il terzo tumore più frequente in entrambi i sessi sotto i 50 anni. Anche alla luce degli studi presentati all'ultimo congresso della Società europea di oncologia medica a Madrid, che mostrano come, ancora una volta, eseguire la classificazione dei pazienti sulla base delle caratteristiche genetiche del tumore serva a prendere meglio le mire nelle strategie di cura. Così è anche nel caso di terapie adiuvanti, somministrate dopo l'intervento chirurgico per ridurre il rischio che la malattia si ripresenti. Perché la chirurgia a volte non basta.

Al momento l'unica terapia adiuvante approvata per il melanoma è l'interferone, ma è in grado di ridurre il rischio che la malattia si ripresenti solo in modo modesto, circa del 3%. Ma nei prossimi anni le opzioni aumenteranno. Uno studio pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, condotto su pazienti con melanoma asportato chirurgicamente, ha mostrato che una terapia a bersaglio molecolare combinata riesce a ridurre il rischio di morte o di ritorno della malattia di oltre il 50% nei pazienti con una mutazione genetica molto comune tra le persone affette da questo tumore, quella del gene Braf. Si tratta di un cocktail di due molecole (dabrafenib e trametinib) che vengono combinati e somministrati come unica terapia perché bloccano due bersagli diversi della stessa via molecolare (un farmaco blocca proprio Braf e l'altro una proteina della stessa via). «L'80% delle recidive in melanomi in fase avanzata (cosiddetti di stadio III) si ha nei primi tre anni - commenta Mario Mandalà dell'ospedale Giovanni XXIII di Bergamo, che ha preso parte allo studio - e lo studio ha osservato l'andamento dei malati proprio per quasi 3 anni senza rilevare recidive. È un buon risultato». In altre parole è come se con il trattamento farma-

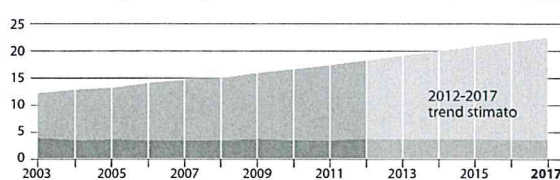
ceutico la gravità della neoplasia diminuisse. L'idea che gli scienziati perseguono è che in futuro la terapia possa essere scelta in base allo stadio della malattia, alla tollerabilità del paziente e alla valutazione molecolare del tumore. La decisione di somministrare una terapia a bersaglio molecolare o una immunoterapia oggi viene presa già in base ai test genetici, che però sono fatti solo quando la malattia si trova in fase avanzata. Negli anni a venire, e alla luce di questi risultati, la classificazione dei tumori potrebbe invece essere fatta molto prima, e servire a indirizzare la scelta della terapia subito dopo la chirurgia per evitare che il tumore si ripresenti: «Così, per esempio - riprende Mandalà - i pazienti con mutazione del gene Braf, che sono circa la metà di tutti i malati di melanoma, è probabile che saranno indirizzati verso la target therapy già dopo l'asportazione chirurgica. Ma non c'è solo Braf.

Nei laboratori di genetica si lavora per affinare sempre di più la classificazione molecolare dei pazienti, preparando il terreno per indirizzare le terapie di domani. «Oltre a Braf, i geni più frequentemente mutati sono altri due, Nras e c-Kit, tutti coinvolti nei meccanismi di proliferazione e sopravvivenza cellula-

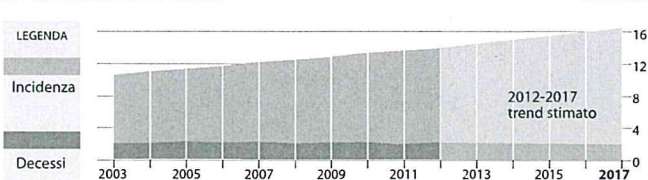
re - spiega Giuseppe Palmieri, ricercatore del Cnr e presidente dell'Intergruppo Melanoma Italiano - ma quello che ci aspettiamo d'ora in poi non è tanto l'identificazione di altri singoli geni quanto piuttosto di un pattern di alterazioni genetiche». Lo scenario più probabile è infatti che scavando nella genetica dei melanomi emergano via via geni con frequenze di mutazioni basse e che combinati insieme questi dati permettano di costruire una sorta di gruppi di mutazioni. Come spiega ancora Palmieri: «In futuro classifichiamo i pazienti in tanti sottogruppi ciascuno con uno specifico set di mutazioni, che ci metteranno in grado di predire l'efficacia delle terapie».

Discorso analogo anche allargando lo sguardo, guardando oltre le cellule tumorali, e considerando il Dna di tutto l'organismo. E «conoscere la genetica della persona è fondamentale per allistire dei percorsi di screening personalizzati - riprende Palmieri - ma anche per capire come comportarsi di fronte ad alcune atipie: in presenza di un alto rischio familiare il medico per esempio potrebbe scegliere di asportare nevi sospetti senza aspettare».

MASCHI Tasso per 100mila persone



INCIDENZA E DECESSI PER MELANOMA IN ITALIA

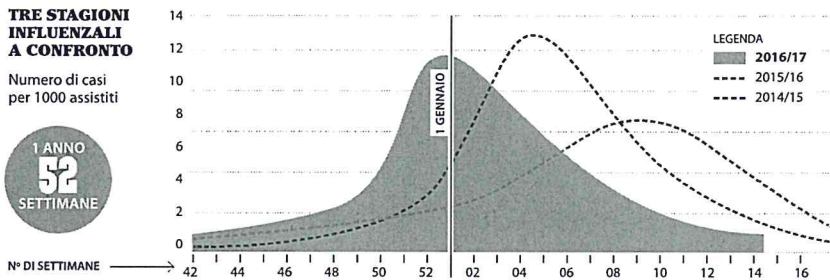


ORIPRODUZIONE EDIPRESSA

TRE STAGIONI INFLUENZALI A CONFRONTO

Numero di casi per 1000 assistiti

1 ANNO
52 SETTIMANE



IL CASO

Che fare coi bambini

I bambini sono la principale fonte di contagio influenzale. In un corpo dotato di difese immunitarie ancora immature, infatti, i virus dell'influenza penetrano velocemente e permangono a lungo, provocando spesso complicazioni come l'otite, la rinosinusite o addirittura la polmonite. «Nei bambini sani sotto i 2 anni il rischio di dover andare al Pronto Soccorso ed essere ricoverati a causa dell'influenza è più alto che non negli adulti affetti da malattie croniche o negli anziani, per i quali è raccomandata la vaccinazione», dice Susanna Esposito, professore ordinario di Pediatria all'università di Perugia. A partire da questi fatti alcuni paesi hanno deciso di vaccinare anche i più piccoli (non prima dei 6 mesi di età). L'Europa si è così di fatto spaccata in due: da una parte circa un terzo dei paesi, tra cui Regno Unito e Austria, raccomandando la vaccinazione ai bambini senza patologie croniche, considerando l'età un fattore di rischio per complicanze; dall'altra la maggioranza dei sistemi sanitari europei raccomanda la vaccinazione solo a quei piccoli affetti da disturbi cronici o congeniti ritenuti a rischio di complicanze. Di questo ultimo gruppo fa parte l'Italia dove, secondo quanto indicato dal ministero della Salute per la stagione 2017-2018, al momento «non si ritiene necessario promuovere programmi di offerta attiva gratuita del vaccino influenzale ai bambini che non presentino fattori individuali di rischio». Una scelta che molti esperti considerano giustificata.

matteo gulli

Inverno 2017-18. C'è quello classico, che copre tre ceppi del virus

Il quadrivalente, più potente. Ma anche il "trivalente adiuvato" che sollecita in maniera più efficace il sistema di difesa. Che sia freddo o no: ecco chi deve immunizzarsi. E come

Influenza: e tu di che vaccino sei?

LETIZIA GABAGLIO

L FREDDO vero ancora non è arrivato, o per lo meno non nella maggior parte del Paese. Ma la stagione influenzale è comunque alle porte. Quest'anno le centinaia di casi che con ogni inverno veniamo a contatto - quelli più aggressivi ma anche quelli meno, i cosiddetti parainfluenzali - dovrebbero (secondo le stime) costringere a letto dai 12 ai 15 milioni di persone. Che l'autunno ancora non si sia fatto sentire non vuol dire che poi i contagi saranno di meno o l'epidemia sarà meno estesa. «Anzi, sono proprio gli sbalzi di temperatura, il passare repentinamente dal caldo al freddo, che possono causare l'innescò dell'influenza», spiega Fabrizio Pregliasco, virologo e ricercatore dell'Università degli studi di Milano e direttore sanitario dell'Irccs Galeazzi di Milano. Certo, il meteo c'entra e, com'è ovvio, se l'inverno dovesse essere lungo e freddo si avranno molti più pazienti influenzati. Ma anche con le temperature miti gli agenti infettivi restano ancorché, spiega il virologo: «i virus avvantaggiati saranno quelli meno aggressivi e quindi ci saranno meno casi gravi». Come sarà il meteo non possiamo saperlo, ma il vaccino resta fortemente consigliato per le categorie a rischio. E c'è di nuovo che non sarà a disposizione un solo vaccino, ma diversi tagliati a seconda delle caratteristiche e delle esigenze delle persone.

A provocare l'influenza sono due tipi di virus A e B, di cui esistono diversi ceppi. Del tipo A ne esistono molti, ma quelli incriminati sono H1N1 e H3N2, il tipo B invece si divide in due, il ceppo Victoria e quello Yamagata. Sulla base di ciò che è successo nell'emisfero australe, l'Organizzazione mondiale della sanità quest'anno ha stabilito che in giro avremo solo un nuovo virus, una variante simile all'H1N1 in circolazione l'anno scorso, che va ad unirsi al B Victoria e all'altro ceppo A della stagione passata. Questi tre virus andranno a comporre il nuovo vaccino. La maggior parte dei vaccini è però tri-

valente, contiene cioè due ceppi A e un solo ceppo B. E spesso a circolare sono entrambi i ceppi B: lo fanno in modo imprevedibile ed è quindi difficile per l'Oms dare indicazioni su quale dei due - Victoria o Yamagata - debba essere inserito. Nel 2015, per esempio, il 92% dei virus isolati in Europa era del tipo B Victoria mentre nel vaccino era presente l'altra variante, che aveva circolato di più nell'emisfero sud. «Per evitare questo fenomeno, sono oggi disponibili vaccini che contengono entrambi i tipi B e quindi garantiscono maggiore copertura», spiega Emanuele Montomali, professore di Igiene



all'università di Siena. Secondo il ministero della Salute questi vaccini - i cosiddetti quadrivalenti - dovrebbero farli soprattutto gli operatori sanitari, che per lavoro sono a contatto con un ampio numero di virus.

Secondo i dati della rete Influnet, che monitora l'andamento della malattia, la scorsa stagione sono stati segnalati 230 casi gravi di influenza, e 68 morti: persone anziane, 73 anni in media, in gran parte maschi, e quasi tutti malati cronici: cardiopatici, affetti da patologie respiratorie, obesi, diabetici. La maggioranza delle persone muore però per le complicanze dell'infezione virale e non viene eseguito il test che consente di capire se e quale virus ha scate-

nato la crisi respiratoria o l'attacco cardiaco, per esempio. «Per questo gli esperti stimano che le morti attribuibili all'influenza non siano poche centinaia ma migliaia. Per stabilire quante siano ci basiamo sul numero di morti in più fra gli anziani nei mesi invernali. L'anno scorso, rispetto ai mesi estivi, in inverno se ne sono andati il 15% di anziani in più», spiega Montomali.

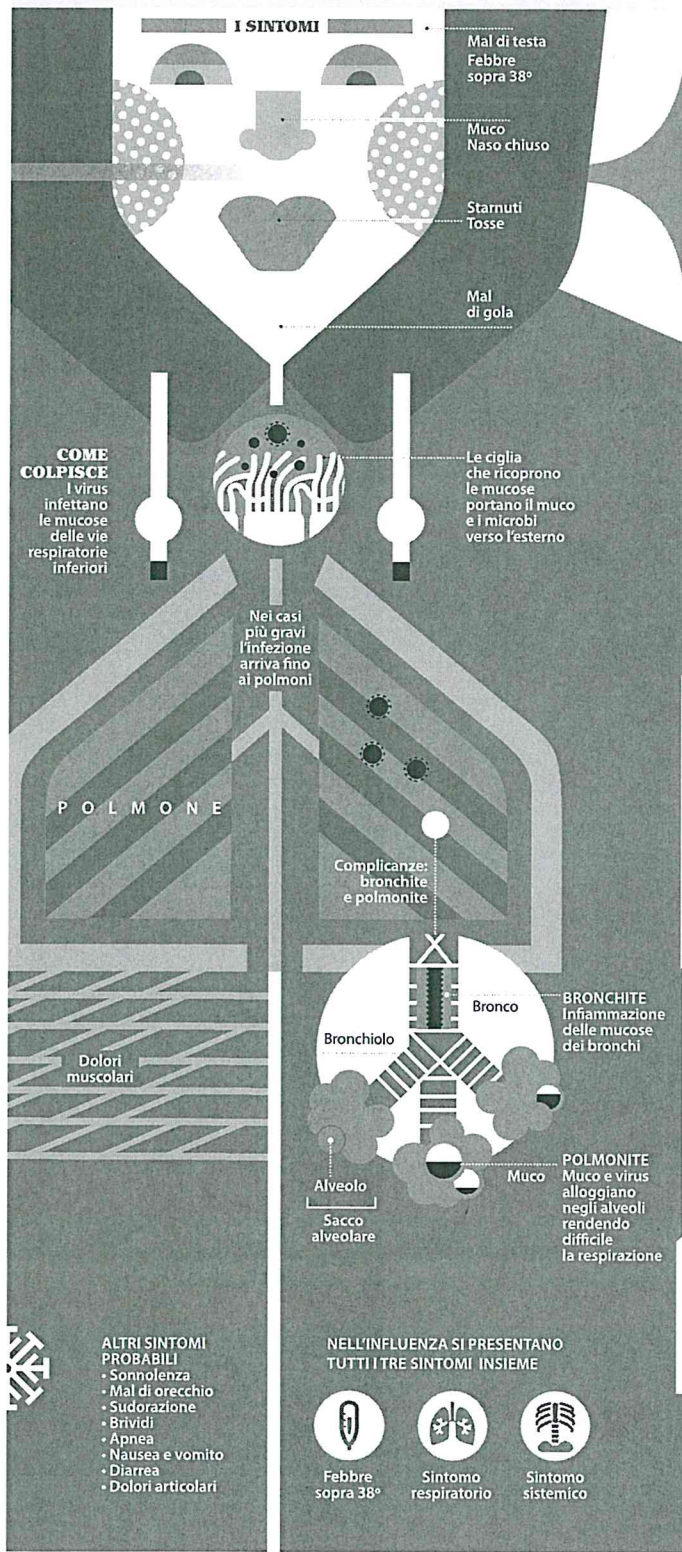
Gli over 65 sono quindi il bersaglio d'elezione della campagna vaccinale - insieme ad adulti o bambini con patologie croniche, operatori sanitari, forze di polizia e donne incinte al secondo e terzo trimestre - perché sono quelli che rischiano di più, per le complicanze. E lo fanno senza averne percezione: un'indagine Censis ha rivelato che gli italiani over 50 hanno ben presente le conseguenze dell'influenza sull'apparato respiratorio, ma sembrano non essere molto informati sulle complicanze cardiocircolatorie o sul rischio di morte. Tanto che solo il 3,4% ammette di avere molta paura dell'influenza. Sarà anche per questo che la copertura vaccinale - sebbene in crescita negli ultimi due anni - non riesce a raggiungere l'obiettivo che le autorità sanitarie internazionali considerano ottimale, cioè il 75% degli over 65.

Per questa fascia di popolazione gli esperti consigliano il vaccino trivalente adiuvato con MF59, capace di sollecitare in maniera più efficace il sistema immunitario: con la vecchiaia, infatti, le naturali difese dell'organismo diventano più pigre e hanno bisogno di maggiore forza per entrare in azione. «Negli over 65 il vaccino adiuvato è stato più efficace nel prevenire i casi di influenza rispetto ai vaccini trivalenti non-adiuvati e più economico rispetto ai vaccini antinfluenzali quadrivalenti», ha dichiarato Stefano Capri dell'università Cattaneo Liuc, che ha presentato uno studio che dimostra come l'adozione del vaccino adiuvato per gli anziani consentirebbe di prevenire circa 30mila casi di influenza, anche con la scarsa adesione che si osserva in questi anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DE CALO

Evita gli sbalzi di temperatura	Riposati per combattere il virus	Evita di rimanere con la testa bagnata	Mangia sano e bevi molto	Copriti bene, specie testa e collo
Passare in modo repentino dal caldo al freddo favorisce l'insorgenza di sintomi influenzali	Sono e riposo contribuiscono ad aumentare la risposta del sistema immunitario	Il raffreddamento delle vie aeree superiori favorisce le infezioni virali	Nutrirsi e idratarsi bene contribuisce a rafforzare le difese e ripulire l'organismo	I virus entrano attraverso naso e bocca e infettano le mucose delle vie respiratorie



CEPPI DEL VACCINO 2017-2018

TRIVALENTE		QUADRIVALENTE	
NUOVO		In più:	
A	A	B	B
Michigan/45/2015 (H1N1)	Hong Kong/4801/2014 (H3N2)	Brisbane/60/2008 (lineaggio Victoria)	Phuket/3073/2013 (lineaggio Yagamata)

LA CAMPAGNA

INIZIA A metà ottobre | FINISCE A fine dicembre

L'EFFETTO PROTETTIVO

Inizia dopo circa 2 settimane e dura 6-8 mesi

Polmonite. Disponibile per gli over 65 e i malati cronici. Arriva il prodotto contro lo pneumococco

Un'iniezione protegge per la vita

IL NUOVO PIANO nazionale vaccini rende disponibile e gratuito il vaccino contro lo pneumococco in tutte le Regioni agli over 65, oltre a tutti coloro che soffrono di patologie croniche che li espongono alla polmonite. «Molte regioni, 13 su 20, già offrivano questa vaccinazione agli over 65 ma è importante che la legge abbia stabilito una uniformità sul territorio», afferma Michele Conversano, direttore del dipartimento di prevenzione della Asl di Taranto e presidente Alleanza italiana invecchiamento attivo Happy Ageing.

che circolano di più, l'altro contro 23. L'ideale sarebbe fare prima il 13valente, che è più efficace, e poi dopo un anno quello 23valente», prosegue l'esperto. In questo modo la copertura sarebbe la massima possibile. Che non significa evitare del tutto di ammalarsi, ma scongiurare le forme più gravi. La polmonite, infatti, può essere causata anche da virus ma è quella batterica, da pneumococco, a essere più debilitante e difficile da curare, anche perché ci sono sempre più casi di resistenza agli antibiotici. Non solo: spesso la polmonite batterica colpisce a seguito di un'infezione virale, soprattutto chi ha un organismo indebolito. E a far paura sono le complicanze che possono diventare mortali. Per questo il vaccino è raccomandato e gratuito non solo per gli over 65 ma anche per chi soffre di broncopatie, malattie cardiache, chi ha subito l'asportazione della milza e chi è diabetico, qualsiasi età abbia.

Il fatto è che la polmonite non è solo una malattia degli anziani. Anzi, conclude Conversano, «colpisce i bambini piccoli fino a 10 anni di età, poi la diffusione della malattia cala tra gli adulti, e ritorna alta intorno ai 50 anni; per questo è importante che gli anziani, oltre ai bambini, siano protetti».



VIE AREE

Infezioni in aumento

Brividi, starnuti, colpi di tosse. Febbre e tante complicanze. Arriva il freddo, e per i più piccoli aumenta il rischio-infezioni respiratorie. La Simri, Società italiana malattie respiratorie infantili da Napoli, dove si è tenuto il congresso nazionale, ha lanciato un allarme che ogni anno riguarda circa il 30% dei bambini. È la fascia in età più colpita da polmoniti, bronchiti, faringiti, laringiti e tracheiti. La più grave patologia è la bronchiolite di origine virale che aggredisce le piccole vie aeree fino ad ostruirle. Rivela Renato Cutrera, presidente della Simri e direttore di Broncopneumologia all'ospedale Bambino Gesù di Roma: «La bronchiolite è la principale causa di ricovero per i neonati nel primo anno di vita. Le conseguenze della malattia sono diverse, e vanno dal semplice raffreddore fino ad altre serie complicanze che possono portare anche al ricovero in terapia intensiva». Ma l'apparato respiratorio dei bimbi è minacciato anche da manifestazioni meno frequenti. Come la patologia ciliare, le malattie dell'interstizio polmonare e le bronchiectasie, ancora sottostimate in questa fascia di età nonostante gli sforzi della comunità pediatrica a diffondere la conoscenza delle malattie rare. «Alcune, come l'asma bronchiale severa - aggiunge Francesca Santamaria della Federico II di Napoli con Fulvio Esposito del Santobono e Carlo Capristo dell'Ateneo Vanvitelli - richiedono continuo aggiornamento nel campo diagnostico e terapeutico, per migliorare la qualità di vita di questi piccoli pazienti».

FONTE RILABORAZIONE SIMRI/FEDESCHIMICA/ASSOSALUTE/MINISTERO DELLA SALUTE

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

1 Lavati spesso le mani con acqua e sapone

2 Davanti ai primi sintomi, rimani a casa

3 Copriti naso e bocca quando tossi/starnutisci

4 Affidati ad una corretta automedicazione

5 Indossa la mascherina se sei influenzato

Le mani sporche sono il principale mezzo di trasmissione dei virus respiratori

Combatterai meglio i virus preservando gli altri da un possibile contagio

Le goccioline di saliva contenenti il virus viaggiano a grande velocità con colpi di tosse e starnuti

I farmaci senza obbligo di ricetta permettono di controllare efficacemente i sintomi dell'influenza

Specie se ti trovi in ambienti sanitari o se sei in contatto con persone a rischio

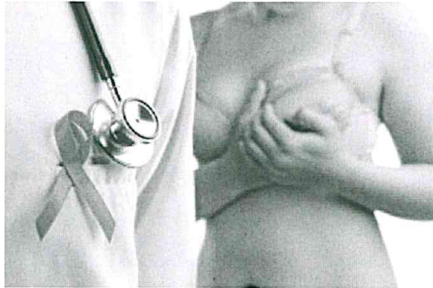
(giuseppe del bello)

Sei in: Home > Attualità > Tumore al seno, con cure nelle Unit mortalità ridotta del 18 per cento

L'APPELLO DELL'AIOM

Tumore al seno, con cure nelle Unit mortalità ridotta del 18 per cento

di oggisalute | 30 ottobre 2017 | pubblicato in Attualità



La cura del tumore del seno nelle Breast Unit, cioè nei Centri di senologia, **riduce la mortalità del 18%**. Solo i centri che trattano almeno 150 nuovi casi ogni anno possono definirsi Breast Unit, come stabilito a livello europeo. Ma in Italia, fra le 449 strutture ospedaliere che eseguono più di 10 interventi chirurgici per questa neoplasia, solo 123 (appena il 27%) presentano volumi di attività superiori a questa soglia minima di 150 operazioni l'anno. Una carenza da colmare per dare sempre più chance di sopravvivere al cancro: "È urgente la piena realizzazione nel nostro Paese di queste Unità, che devono essere parte integrante delle Reti oncologiche

regionali", è l'appello lanciato dal XIX Congresso nazionale dell'Associazione italiana di oncologia medica, che si è svolto a Roma.

Nel 2017 si stimano 50.500 nuove diagnosi di tumore del seno nel nostro Paese. "È dimostrato da molti studi che, dove si concentra più esperienza, si riduce il numero degli interventi demolitivi e aumenta quello degli interventi conservativi – sottolinea Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom – Anche le percentuali di ricostruzioni immediate sono maggiori in centri ad alto volume di attività".

I buoni risultati ottenuti nelle Breast Unit, secondo l'oncologo, "devono essere attribuiti non soltanto a una migliore chirurgia, ma anche al giusto integrarsi delle varie discipline. Questo è particolarmente evidente nei casi più complessi e avanzati in cui si stanno affacciando armi innovative".

"È necessario in tutte le Regioni un modello di organizzazione sanitaria che, con le Reti oncologiche e le Breast Unit, permetta di prendere in carico e indirizzare le pazienti con tumore del seno nei centri che garantiscano qualità e multidisciplinarietà nella cura – continua Pinto – Tutto questo insieme alla diffusione dell'accreditamento dei Centri di senologia al fine di certificarne l'appropriatezza, monitorarne le prestazioni e assicurare agli utenti l'effettiva erogazione di prestazioni di qualità".

Uno studio su 25.000 donne ha dimostrato che la sopravvivenza a 5 anni, nelle pazienti con tumore della mammella, aumenta del 9% negli ospedali che trattano più di 150 casi, rispetto a quelli che ne curano meno di 50. A questo, evidenziano gli oncologi, vanno aggiunti i benefici che derivano da una migliore qualità di vita delle pazienti e da un utilizzo più razionale ed efficiente delle risorse. Nel nostro Paese vivono 766.957 donne dopo una diagnosi di tumore del seno, il 26% in più dal 2010 al 2017.

"La formazione di un team coordinato favorisce il raggiungimento di un alto livello di specializzazione delle cure, dallo screening fino alla riabilitazione psico-funzionale, ottimizzando qualità e tempistica delle prestazioni, con l'obiettivo principale di prolungare e migliorare la vita delle pazienti", conclude Stefania Gori, presidente eletto Aiom.

(Fonte: Adnkronos)

// Video

Scompenso cardiaco, cosa chi...



Scompenso cardiaco, cosa chiedono i pazienti

Seguici su

ANDREA MILITELLO



PARLA L'ESPERTO

A cura di *andrea militello*

Eiaculazione precoce, oggi è possibile curarla con metodi naturali

Nella società attuale tutto è caratterizzato dal culto della bellezza, dell'apparire e della massima performance. Non è lasciato spazio quindi al concetto di sofferenza e disfunzionalità. Eppure solo in Italia ben 16 milioni di uomini soffrono di disturbi sessuali, che sono rappresentati essenzialmente dalla disfunzione erettile e dalla eiaculazione precoce, quest'ultima coinvolge circa il [...]

SEI UN ESPERTO DI QUESTA MATERIA?

oggisalute - per maggiori informazioni clicca qui!

VUOI SAPERNE DI PIU' DI QUESTO ARGOMENTO?

oggisalute - per maggiori informazioni clicca qui!

Mi piace 2



Tweet

La redazione consiglia

- Cancro al seno: si muore meno, ma le italiane non lo sanno
- Tumori, primo calo di decessi in Italia: | 1.134 morti in meno in un anno
- Città di Lecce Hospital, diagnosi avanzata per i tumori al seno

Lascia un commento

Nome (required)

Mail (will not be published) (required)

Sito web



www.fitelab.it

quotidianosanità.it

Martedì 31 OTTOBRE 2017

La rivincita del Titolo V. I referendum sull'autonomia e i riflessi sulla sanità

È presto per dire quali ricadute concrete avranno i referendum lombardo e veneto. Ma è certo che il vituperato titolo V della Costituzione sembra oggi destinato a nuova vita visto che anche la leadership di regioni che si erano mostrate decisamente a favore della riforma costituzionale governativa oggetto della consultazione del 4 dicembre scorso (vedi la Campania e l'Emilia Romagna), tentano di sfruttarne il potenziale

I recenti referendum sull'autonomia svoltisi in Veneto e in Lombardia pongono nuove problematiche in merito alla suddivisione dei rapporti tra Stato e Regioni.

Ricordiamo che il referendum sulla riforma costituzionale del 4 dicembre 2016 aveva respinto una politica neocentralista che pure basava la propria convinzione su una precedente riforma, quella del titolo V del 2001, certamente non priva di difetti.

Il risultato della consultazione referendaria è stato chiarissimo e a conferma dell'impianto costituzionale che prevede il riparto di competenze tra Stato e Regioni sostanzialmente in tre filoni:

- a) la legislazione esclusiva statale;
- b) la legislazione concorrente tra Stato e Regioni;
- c) la legislazione residuale attribuita alle Regioni.

La sanità rappresenta la tipica legislazione concorrente, eccezion fatta, per la competenza esclusiva dello Stato in materia di determinazione dei diritti essenziali.

Nella legislazione concorrente rientrano le materie della "tutela della salute" e delle "professioni". Particolare importanza è proprio la formulazione della materia "tutela della salute" nella modifica del titolo V del 2001 in luogo della più ridotta competenza relativa alla "assistenza sanitaria e ospedaliera".

Ricordiamo inoltre che non tutte le Regioni sono uguali ma ve ne sono cinque, individuate dalla Carta costituzionale che sono da considerarsi "speciali" – più correttamente con "statuti speciali adottati con legge costituzionale" e che hanno particolari e, talvolta, ampie forme di autonomia.

L'ultimo comma dell'articolo 116, infine, prevede la possibilità per le Regioni di ottenere "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" da ottenersi dietro richiesta delle Regioni, dietro l'approvazione di un'intesa tra lo Stato e la Regione interessata, e con l'approvazione delle Camere a "maggioranza assoluta dei componenti".

Il tutto è subordinato al rispetto dei "principi" dell'articolo 119 della Costituzione così come modificato dalla legge costituzionale che ha introdotto l'obbligo del pareggio di bilancio. I referendum delle due importanti regioni del nord sono stati improntati proprio su questo punto inequivocabilmente.

Più succinto il quesito del Veneto: "Vuoi che alla Regione del Veneto siano attribuite ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia?", mentre decisamente più strutturato era quello lombardo: "Volete voi che la Regione Lombardia, in considerazione della sua specialità, nel quadro dell'unità nazionale, intraprenda le iniziative istituzionali necessarie per richiedere allo Stato l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, con le relative risorse, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione e con riferimento a ogni materia legislativa per cui tale procedimento sia ammesso in base all'articolo richiamato?".

I referendum sull'autonomia erano quindi relativi all'attuazione dell'ultimo comma dell'articolo 116.

Concentreremo la nostra attenzione sulle possibili innovazioni di sistema che si potranno avere nelle regioni

interessate – che al momento risulterebbero essere Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto (le ultime due con la forza del consenso popolare del referendum sull'autonomia).

Anche la Campania ha annunciato la richiesta di maggiore autonomia.

Non vi è dubbio che il fatto politico rilevante sia stato proprio il referendum e i dati dell'affluenza veneta in particolare.

Vediamo allora le proposte avanzate dalla due importanti regioni del nord.

Veneto

La Regione del Veneto è stata la prima ad avanzare proposte organiche. In realtà la Regione ha presentato due distinte proposte, tra loro alternative.

La prima proposta non rispecchia in realtà l'ultimo comma dell'articolo 116 in grado di conferire con legge ordinaria – sia pure a maggioranza qualificata – “ulteriori forme di autonomia” bensì agisce sul primo comma dell'articolo 116 e punta alla trasformazione del Veneto in regione a statuto speciale per ottenere “forme e condizioni particolari di autonomia” così come le hanno il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna, la Sicilia, il Trentino Alto Adige, e la Val d'Aosta.

In questo caso il Veneto propone una vera e propria riforma costituzionale o, più correttamente, il varo di una legge costituzionale. Nella relazione introduttiva della proposta di legge statale da trasmettere al Parlamento Nazionale ai sensi dell'articolo 121 della Costituzione, relativa a ‘Modifica dell'articolo 116, primo comma, della Costituzione’ si legge che tale modifica costituzionale serve come risposta per dare al Veneto i “privilegi” di cui godono le Regioni a statuto speciale rispetto alle Regioni ordinarie e di accelerare il federalismo di cui la Regione del Veneto si farebbe portatore e che comporterebbe non già l'auspicata autonomia nel rispetto della lettera della Costituzione bensì la trasformazione della forma dello Stato.

La proposta di legge è assolutamente laconica e si limita ad aggiungere il Veneto alle altre Regioni a statuto speciale previste dal primo comma dell'articolo 116.

Francamente tale proposta – esorbitante rispetto al quesito referendario - sembra avere più il potere di una provocazione istituzionale che non il senso di una proposta politica reale. La realizzabilità di un'approvazione di una legge costituzionale – con il complesso e noto iter che comporta e con l'eventuale referendum confermativo – sembra pressoché impossibile soprattutto quando la si motiva – qui è la provocazione! – con la volontà di godere dei “privilegi” di cui godono le Regioni a statuto speciale.

La proposta di legge sulla trasformazione della Regione da ordinaria a statuto speciale sembra solo di avere il senso di alzare l'asticella del riconoscimento di autonomia sulla seconda e più compiuta proposta di aumento dell'autonomia nelle tre competenze di legislazione esclusiva statale consentita e in tutte le 23 materie di legislazione concorrente.

Con la proposta di legge denominata “Iniziativa regionale contenente, ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge regionale 19 giugno 2014, n. 15, percorsi e contenuti per il riconoscimento di ulteriori e specifiche forme di autonomia per la Regione del Veneto, in attuazione dell'art. 116, terzo comma, della Costituzione”.

Il senso dichiarato del progetto di legge è quello di ottenere una “maggiore autonomia di scelta” sul piano amministrativo, legislativo e fiscale, laddove quest'ultimo si pone come architrave di tutto il provvedimento. Anche nella presentazione di questo progetto di legge la Giunta regionale veneta punta l'indice contro le regioni a statuto speciale – con particolare riferimento alle province autonome - chiedendone “lo stesso livello di finanziamento”.

Per quanto concerne la materia della sanità – “Tutela della salute” – viene richiesta la possibilità di disporre dell'intero finanziamento del Servizio sanitario regionale.

Per il resto l'articolo 16 del progetto di legge sull'autonomia non ci dice altro se non sottolineare la bontà delle classifiche internazionali sulla sanità italiana – che però, come è noto, divergono in relazione ai parametri assunti come riferimento – e al traino di alcune Regioni, tra cui il Veneto. La Regione enfatizza la virtuosità riconosciuta alla sanità veneta con particolare riferimento al fatto di essere stata individuata come una delle tre regioni benchmark, insieme a Marche e Umbria.

Nulla viene rivendicato sulla materia "professioni" e questo stupisce in quanto il Veneto ha sempre, in sanità, rivendicato e praticato forme di autonomia a legislazione vigente. Si ricordi nel settore socio sanitario – oggi in dirittura di arrivo con il ddl Lorenzin il riconoscimento dell'area delle professioni socio sanitarie – la formazione complementare degli operatori socio sanitari, la creazione di alcune figure di operatori termali ecc.

Lombardia

La bozza divulgata dalla stampa il 25 ottobre contiene due punti di nostro interesse che sono, però, trattati congiuntamente: la materia "professioni" è accorpata alla "tutela della salute".

La Regione Lombardia riconosce da un lato di avere già una decisa autonomia dovuta alla innovativa articolazione delle aziende sanitarie lombarde in ATS e ASST – in verità era già fortemente diversificato il precedente modello basato prevalentemente sul modello ospedaliero – dall'altro ravvisa la necessità di "consolidare" il modello all'interno di un "quadro di risorse autonome del finanziamento del sistema socio-sanitario" per consentire una maggiore flessibilità del sistema.

La Regione Lombardia sfrutterebbe la maggiore autonomia per investimenti sull'edilizia ospedaliera, sulla tecnologia, sulla diminuzione dei ticket e, situazione non rivendicata dalla Regione del Veneto, per attuare una – si suppone diversa – "remunerazione del personale" sanitario. Non è chiaro se il riferimento sia a un vero e proprio autonomo contratto – più correttamente contratti – collettivo regionale di lavoro, oppure risorse aggiuntive per una contrattazione regionale.

Inoltre si richiedono le ulteriori forme di autonomia rispetto al "pieno sviluppo del sistema formativo" delle professioni sanitarie. Affermazione criptica che non fa comprendere all'interprete quale sia la direzione che si voglia intraprendere soprattutto in relazione a un successivo punto che specifica che vogliono, nel territorio regionale, "rendere coerenti con le esigenze del territorio il tema delle specializzazioni".

Non si comprende, infatti, se il riferimento sia relativo alla programmazione numerica o al contenuto. Comunque è certamente da declinare l'affermazione del "pieno sviluppo" e ad oggi non è dato comprendere la differenza rispetto all'attuale sistema.

Infine si chiede di "sperimentare l'impatto delle nuove tecnologie sulla salute delle persone", definire i trattamenti economici delle figure apicali aziendali ed eliminazione dei vincoli all'assunzione.

Prime riflessioni

Sulla materia sanitaria non si rinvergono particolari rivoluzioni sull'eventuale accoglimento della maggiore autonomia richiesta dalle due regioni con la forza del referendum regionale. D'altra parte da un lato la materia è già ampiamente nelle mani regionali – si ricordi la frequente vulgata diffusa, soprattutto all'epoca della campagna referendaria dello scorso 4 dicembre, dei "21 sistemi regionali diversi" – e le diversificazioni sono già presenti, soprattutto nell'organizzazione (si pensi alla rivendicazione del "modello lombardo" sotto la presidenza Formigoni, già prima della riforma del titolo V del 2001).

Comune alla richiesta delle due regioni è il totale finanziamento autonomo del Servizio sanitario regionale ritenendo evidentemente di poterne trarre dei decisi vantaggi. Vi sono però dei limiti dovuti alla povertà del finanziamento statale del Fondo sanitario nazionale, con particolare riferimento al rapporto con il prodotto interno lordo che fa dell'Italia uno dei paesi ormai più avari con la propria sanità pubblica. Le polemiche di questi giorni sul finanziamento dei contratti collettivi di lavoro del comparto e della dirigenza della sanità pubblica e sul suo riparto tra Stato e Regioni dovrebbero insegnare.

Le scarse indicazioni che provengono dalle proposte regionali post referendum del 22 ottobre scorso inducono a queste conclusioni.

Pensare oggi a un contratto regionale – proposta lombarda – per il personale o a significativi cambiamenti di finanziamento – proposta veneta – risolutivi degli attuali problemi non sembrano realistici visti i vincoli a cui la stessa Costituzione, all'articolo 119 richiama.

Il problema vero rimane il sottofinanziamento della sanità pubblica in questo paese che rende difficoltoso, fino a negarlo, il diritto alla salute dei cittadini.

Il vero limite, ripetiamo per quanto concerne la sanità, riguarda l'importanza delle regioni del Veneto e della Lombardia. Lo spostamento di risorse significative dal livello nazionale al livello locale può comportare problemi importanti al bilancio dello Stato.

Ultimo ma non ultimo rimane il problema della tenuta costituzionale di un impianto che non può non tenere conto

di mantenere in modo omogeneo i livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale e non creare ulteriori diseguaglianze di cui certo non si sente il bisogno.

A prima vista non sembra quindi la sanità ad avere il ruolo di traino nell'auspicato senso di regionalismo differenziato.

Certo è che il vituperato titolo V della Costituzione sembra oggi destinato a nuova vita visto che anche regioni che si erano mostrate decisamente a favore della riforma costituzionale governativa oggetto della consultazione del 4 dicembre scorso, tentano di sfruttarne il potenziale.

Luca Benci

Giurista