

RASSEGNA STAMPA CRT SICILIA

20 FEBBRAIO 2019

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA

(TIZIANA LENZO - MARIELLA QUINCI)

OSPEDALI

Ospedale Papardo di Messina, al via un appello ai cittadini per la donazione di sangue

20 Febbraio 2019

Da parte di Roberta Fedele, direttore dell'Unità Operativa di Medicina Trasfusionale.

di [Redazione](#)



MESSINA. Roberta Fedele, direttore dell'Unità Operativa di **Medicina Trasfusionale** dell'Azienda Ospedaliera **Papardo**, fa un appello a tutti i cittadini messinesi invitandoli a **donare il proprio sangue** per far fronte alla carenza presente tutto l'anno e particolarmente accentuata in questo periodo a causa del picco influenzale che ha costretto a letto molti donatori.

Possono donare tutte le persone **tra 18 e 65 anni**, di almeno 50 Kg di peso, in buone condizioni di salute e che non abbiano stili di vita a rischio infettivo, dopo 4 mesi dall'applicazione di piercing, tatuaggi, interventi chirurgici.

Non bisogna essere digiuni prima di donare ma è consentita una **leggera colazione** senza assunzione di latte e latticini (è possibile quindi bere acqua, tè, caffè anche zuccherato, mangiare una fetta biscottata con della marmellata).

Chi non ha mai donato o chi non dona da oltre due anni, almeno due giorni prima della donazione, dovrà effettuare presso la Medicina Trasfusionale la “**predonazione**”, ovvero una visita e un prelievo di sangue preliminare per valutare l'idoneità alla donazione stessa. Anche il giorno della predonazione è possibile una leggera colazione.

Il lavoratore dipendente che si reca a donare il sangue ha diritto alla corresponsione della normale retribuzione e al giorno di riposo. Il donatore è sottoposto a regolari controlli gratuiti clinico-laboratoristici.

Presso la Medicina Trasfusionale dell'Ospedale Papardo (accanto al Pronto Soccorso) si può donare il sangue tutti i giorni **da lunedì a sabato dalle ore 8 alle ore 11.30**, senza prenotazione, esibendo documento di identità e tessera sanitaria. È possibile effettuare anche la donazione di piastrine e/o plasma con procedura di aferesi.

La Dott.ssa Fedele, di recente nominata componente del **Comitato Tecnico Scientifico** del Centro Regionale Sangue che risulta composto da professionisti di comprovata esperienza in materia di Medicina Trasfusionale e dai rappresentanti delle Associazioni e Federazioni dei donatori volontari di sangue, dichiara: «Donare il sangue è semplice e sicuro, rappresenta un gesto di alto valore etico e sociale. Il sangue è un vero e proprio farmaco salvavita che può solo essere donato».



La figura dello psicologo in ospedale: ecco il modello organizzativo al “Cervello” di Palermo

20 Febbraio 2019

Dalla sperimentazione del Ce.S.I.P.P.U.Ò. alla nascita del S.I.P.U.Ò. nel dipartimento materno infantile. L'intervista al coordinatore scientifico Giovanna Perricone.

di [Valentina Grasso](#)

PALERMO. Lo psicologo come figura professionale che possa integrarsi allo staff medico-sanitario di un reparto, abbandonando il modello “a chiamata”.

Questo il progetto portato avanti dalla sperimentazione del **Ce.S.I.P.P.U.Ò.**, (Centro Sperimentale Interistituzionale Polivalente Pediatrico Universitario Ospedaliero), attivato nel 2011 con un **protocollo di intesa** tra il partner aziendale individuato negli Ospedali Riuniti “**Villa Sofia-Cervello**”, l'**Università degli Studi** di Palermo (che vi ha preso parte come organo demandato alla ricerca) e il privato sociale costituito dallo **I.E.D.P.E.** Palermo (Istituto Europeo per il disagio e la promozione Evolutiva-Educativa), all'interno di tutti i reparti pediatrici e del **materno infantile** dell'ospedale “Cervello” e sostenuto dall'Assessorato alla Salute, attraverso i progetti di riferimento del **Piano Sanitario Nazionale**.

Il lavoro sperimentale ha inteso dimostrare la necessità di un modello di **lavoro integrato** che preveda la stretta vicinanza e collaborazione tra gli operatori medico-sanitari e lo psicologo, al fine di maturare **un nuovo tipo di rapporto tra l'équipe e i pazienti di tutti i reparti del materno infantile**, in un'ottica di umanizzazione delle cure, e servendosi di un modello organizzativo dipartimentale volto a creare nessi tra i reparti, le figure professionali, l'ospedale e i servizi territoriali.

Il Ce.S.I.P.P.U.Ò. ha sviluppato una diversa modalità di intervento psicologico in ospedale, in assenza di una specifica domanda dell'utente e non sovrapponibile quindi a quella dei **servizi territoriali**, che prevede, invece, la promozione e lo sviluppo della domanda di fruizione del supporto psicologico richiesta dall'utente.

La sperimentazione si è articolata in quattro direzioni: del supporto psicologico, della ricerca, della formazione degli operatori sanitari e della formazione di giovani professionisti.

«Il supporto psicologico è stato attivato nelle sue diverse tipologie di **counseling**- spiega la professoressa **Giovanna Perricone**, coordinatore scientifico del Ce.S.I.P.P.U.Ò. e presidente della S.I.P.Ped- di riabilitazione psicologica, sociale ed educativa, nel colloquio, attraverso tecniche di anticipazione degli eventi e attraverso tecniche legate all'ascolto».

Al risultato hanno contribuito anche **pedagogisti**, esperti della comunicazione e assistenti sociali. Il lavoro maturato dal Ce.S.I.P.P.U.Ò. ha avuto l'obiettivo di dimostrare la necessità di un **supporto psicologico integrato nella quotidianità** "all'interno dei reparti portando avanti un modello che ha consentito di facilitare la comunicazione tra gli operatori, tra il personale sanitario e gli utenti ma anche tra gli stessi reparti".

Un aspetto fondamentale del modello ha riguardato "la ricerca con la sua connotazione di ricerca-servizio come possibilità di lettura, oltre che delle compromissioni, anche delle risorse del paziente. Una ricerca-servizio che diventa una sorta di assessment che, socializzata e condivisa con il personale medico- spiega Perricone- diventa anche un modo per una presa in carico personalizzata nella cura, nei processi e nel trattamento".

La presa in carico del paziente avviene secondo una comunione di intenti del medico, dello psicologo e di tutte le altre figure professionali coinvolte, affinché ognuno tenga conto dell'azione dell'altro e viceversa, disegnando un **quadro clinico** quanto più completo possibile che consideri, non solo la patologia fisica ma anche la condizione psicologica dell'assistito.

Uno sguardo è stato rivolto inoltre alla formazione. "In questi anni si è portata avanti una formazione non solo 'on the job'-precisa Perricone- ma che ha messo insieme sempre tutte le figure professionali e, nello specifico, utenti della formazione sono stati anche gli psicologi. Quindi i colleghi medici si sono trovati a fare **formazione** insieme con gli psicologi, con le altre figure professionali e insieme con gli infermieri. Una formazione che ha lavorato molto su tre importanti direzioni: il ruolo, il sé, le attività".

"Inoltre- continua- attraverso il Ce.S.I.P.P.U.Ò. i giovani già in possesso di una laurea, durante i **tirocini** formativi e durante i tirocini professionalizzanti, hanno avuto modo di vedere come si fa, come lo psicologo gestisce un colloquio e come gestisce un counseling in ospedale".

Molto positive si rivelano essere le ricadute di questo nuovo modello, dal punto di vista economico, giuridico e sociale. "Le ricadute sono di **contenimento** della spesa sanitaria perché- commenta Giovanna Perricone- evidentemente il supporto psicologico, nel senso dell'aiuto all'autoregolazione, alla possibilità di vedersi ed accettarsi, nella cronicità o anche nell'acuzie, porta, nel momento stesso in cui si lascia l'ospedale, a non dovere ricorrere a **farmaci** per disturbi che sono di natura funzionale o **neurovegetativa** o per somatizzazioni dell'ansia e nemmeno alla

continue e ripetute consultazioni dei **servizi territoriali**. Per di più abbiamo attivato dei **follow-up** che consentono, laddove medico e psicologo rilevino una fragilità emotiva, di accompagnare il paziente per un massimo di quattro incontri”.

E sono proprio i **follow-up** che permettono di contenere persino la **spesa giuridica e sociale** “nel senso che, se il paziente, o il parente nel caso dei bambini, viene accompagnato e sostenuto in un evento doloroso, ci penserà più volte prima di denunciare”.

La presenza di un psicologo in ospedale inoltre può rappresentare un sorta di “sensore di fenomeni sociali **disfunzionali** che vanno dal bullismo al maltrattamento, all’abuso e alla violenza”, sottolinea Giovanna Perricone.

Il Ce.S.I.P.P.U.Ò. ha chiuso il suo periodo di sperimentazione e dal 31 luglio si è tradotto nel **S.I.P.U.Ò.**, Servizi Interistituzionali di Psicologia Universitario Ospedaliero che, attraverso una convenzione, verrà inserito nella nuova U.O.C. di Psicologia degli Ospedali Riuniti “Villa Sofia-Cervello” istituita con la nuova rete ospedaliera in corso di approvazione.

A coordinare i servizi, che vedono tra i partner già presenti nel protocollo di intesa del Ce.S.I.P.P.U.Ò. anche la S.I.P.P.ed., **Società Italiana di Psicologia Pediatrica**, sarà ancora una volta Giovanna Perricone.

Il progetto ha permesso di elaborare un modello di lavoro e di comprendere quali potessero essere gli interventi da mantenere e da perfezionare e le azioni da tralasciare.

“Il Ce.S.I.P.P.U.Ò. infatti- spiega Perricone- ha consegnato all’azienda le modalità di inserimento del lavoro degli psicologi e delle azioni psicologiche significative all’interno del **dipartimento materno infantile**”.

Fondamentale è il coinvolgimento di “psicologi professionisti- continua- che conoscano a fondo il sistema della sanità e la psicologia ospedaliera e che quindi sappiano distinguere la differenza tra il tipo di pratica professionale all’interno dei reparti e quella specifica di uno studio privato.”.

È soprattutto il **lavoro interdisciplinare**, e fortemente integrato, l’aspetto riportato e consolidato nel S.I.P.U.Ò ma è importante si è rivelata anche l’attività di **monitoraggio** e la rilevazione della **human satisfaction** degli utenti in quanto “tutti gli operatori, attraverso una scheda di rilevazione, monitorano lo sviluppo di ogni caso che viene preso in carico sia sul piano dell’intervento psicologico compiuto sia di quei contatti che sono propri dell’accoglienza”.

Una novità del servizio riguarda i follow-up, in fase di definizione, che verranno proposti e concordati con l’utente dietro consenso informato e, dopo aver preso contatto con il **pediatra** di famiglia nel caso di bambini o di un ginecologo o medico di famiglia nel caso di una donna e di una coppia, verranno attivati a seguito del pagamento di un ticket per la prestazione corrispondente alla consulenza psicologica.

“Se alla fine degli incontri l’utente manifesterà ancora i “segni” della fragilità iniziale- sottolinea- lo psicologo redigerà una relazione che verrà consegnata al paziente e inviata al medico di riferimento. Nel caso in cui il disorientamento dovesse permanere lo psicologo si occuperà di creare un collegamento con i servizi territoriali. In tal senso si procederà promuovendo un protocollo d’intesa con l’ASP”.

Grazie all’attività del S.I.P..U.Ò verrà attivato anche un **laboratorio di apprendimento organizzativo** al fine di promuovere, nei reparti, una riflessione sugli eventuali cambiamenti da programmare.

Il format del S.I.P..U.Ò, confortato da realtà europee già consolidate da tempo “e confermato da evidenze scientifiche, può essere sicuramente esportato ma ancor prima presentato in Assessorato, perché si possa avviare una nuova sperimentazione in un’altra azienda ospedaliera per valutarne- conclude Giovanna Perricone- le dinamiche interne e le risorse umane necessarie al completo svolgimento del progetto”.

San Vito Lo Capo, il sindaco: «Il Presidio territoriale di emergenza non deve essere chiuso»

20 Febbraio 2019

L'intervento di Giuseppe Peraino sul paventato stop al PTE, previsto a giugno del 2020.

di [Redazione](#)



TRAPANI. «Questa amministrazione comunale continuerà a battersi per cercare di impedire la chiusura del **Presidio Territoriale di Emergenza** di San Vito Lo Capo».

Lo dichiara il sindaco, **Giuseppe Peraino** (nella foto), che già lo scorso 19 ottobre aveva inviato una lettera al presidente della Regione, **Nello Musumeci**, e all'assessore regionale alla Sanità, **Ruggero Razza**, manifestando preoccupazione per la paventata chiusura del **PTE** che, dopo l'adozione della **nuova rete ospedaliera siciliana**, in linea con i parametri previsti dal decreto Balduzzi, è stata stabilita per il mese di giugno del 2020. Al posto del Presidio, è prevista la collocazione di un'ambulanza con medico a bordo.

«Le leggi dello Stato vanno ovviamente rispettate- sottolinea il sindaco Peraino- ma molto spesso sono basate su **calcoli analitici** che non tengono conto delle situazioni particolari. In un Comune con 4700 abitanti un ambulatorio che effettua circa 1500 prestazioni annue appare quasi superfluo ma così non è».

Il sindaco spiega, dunque, perché la chiusura del PTE, all'interno del quale è possibile effettuare interventi di **primo soccorso** o di stabilizzazione del paziente in fase critica, prima del trasporto in ospedale, arrecherebbe **un danno per la salute** dei suoi concittadini e dei **numerosi turisti** mettendone a repentaglio, in alcuni casi, anche la vita.

Da San Vito Lo Capo, il presidio sanitario più vicino, il “**Sant’Antonio Abate**” di Trapani, dista 45 chilometri. Essendo un Comune turistico, da maggio a settembre, il numero delle presenze cresce in maniera esponenziale: 20.000 astanti tra giugno e settembre, con punte di 30.000 tra luglio, agosto e settembre.

Da maggio a novembre, inoltre, nel territorio comunale (Riserva dello Zingaro, Monte Monaco, Baia Santa Margherita), vengono svolte le più svariate attività all’aperto, a contatto con la natura, dal trekking allo snorkeling, dalle immersioni alla arrampicate che comportano, talvolta, il verificarsi di incidenti.

La guardia medica turistica, che opera dal 15 giugno al 30 settembre con orario dalle 08.00 alle 20.00, effettua 4500 codici verdi. Per la guardia medica ordinaria (orario 20.00-08.00), invece, sono circa 5000 i codici verdi. Nel PTE, nell’arco di un anno, vengono eseguite circa 1500 prestazioni tra codici verdi, gialli e rossi. Il totale delle **prestazioni sanitarie annue** è quindi di 11.000.

«Con la chiusura del PTE – dice il sindaco Peraino- residenti e turisti sarebbero privati dell’unica struttura sanitaria di soccorso avanzato in grado di ricevere codici che vanno dal giallo al rosso mettendo in pericolo la vita delle persone».

«La presenza di un’ambulanza con medico a bordo- aggiunge il sindaco- non è sufficiente per garantire una prestazione adeguata ed ottimale: bisogna considerare i **tempi di percorrenza** per raggiungere il “Sant’Antonio Abate”, specialmente nel periodo estivo. E poi l’ambulanza, sarebbe assente per diverse ore dalla sua postazione tutte le volte che dovrà portare un paziente a Trapani o soccorrere un turista o un escursionista ferito».

«Per non parlare- conclude Peraino- del fatto che la **competenza medica dei sanitari che operano nel PTE** ormai è riconosciuta dai cittadini che, in loro assenza, finirebbero per congestionare il pronto soccorso dell’ospedale del capoluogo anche per prestazioni da codice verde che potrebbero, invece, effettuarsi in loco con professionisti esperti».

GIORNALE DI SICILIA

Agopuntura valida alternativa a ormoni per sintomi menopausa

20 Febbraio 2019



L'agopuntura potrebbe essere una valida alternativa alla terapia ormonale contro i sintomi della menopausa: aiuta a ridurre l'entità in sole cinque settimane, diminuendo le vampate, la sudorazione diurna e notturna, gli sbalzi dell'umore, il senso di fatica e i disturbi del sonno e fisici tipici della menopausa. Lo suggerisce una sperimentazione su 70 donne pubblicata sulla rivista BMJ OPEN e condotta da Kamma Sundgaard Lund, dell'Università di Copenaghen. Gli esperti hanno diviso il campione di donne in due gruppi, uno dei quali si è sottoposto per cinque settimane a una breve seduta settimanale di agopuntura praticata da medici con almeno 14 anni di esperienza nel settore. Le donne dovevano riportare i propri sintomi sin dalla prima settimana di trattamento e poi periodicamente fino alla 21/ima settimana dalla fine del trattamento. L'80% delle donne trattate ha dichiarato che l'agopuntura le ha aiutate: significative differenze sono state riscontrate dalle donne relativamente ai sintomi più comuni (dalle vampate alla sudorazione eccessiva, dai disturbi del sonno ai problemi di pelle e capelli).

"Crediamo che l'intervento con agopuntura sia più rilevante per donne che fanno esperienza di sintomi della menopausa da moderati a gravi - scrivono gli autori -. L'agopuntura è un'opzione realistica contro i sintomi della menopausa per donne che non possono o non desiderano assumere la terapia ormonale sostitutiva".

GIORNALE DI SICILIA

Dalle alghe marine un aiuto per abbassare la glicemia

20 Febbraio 2019



Il pre-diabete è una condizione spesso sottovalutata sulla quale è fondamentale riuscire ad intervenire il prima possibile. Uno studio tutto italiano, pubblicato sulla rivista *Phytotherapy Research*, ha dimostrato il ruolo del preparato nutraceutico originato dalle alghe marine *Ascophyllum Nodosum*, *Fucus Vesiculosus* e cromo picolinato nel ridurre i livelli di glucosio e infiammatori nel sangue. La ricerca è stata condotta su 65 partecipanti da ricercatori dell'Università di Pavia e dell'Università di Bologna.

"Abbiamo analizzato persone non ancora colpite da diabete che presentavano però livelli alti di glicemia compresi tra i 100 e 125 mg/dl - afferma Giuseppe Derosa, Responsabile del Centro Universitario di Diabetologia, Malattie Metaboliche e Dislipidemie dell'Università di Pavia, presso il Policlinico San Matteo e primo autore dello studio -. Spesso e volentieri in questa condizione il medico di medicina generale si limita a consigliare all'assistito un semplice cambio della dieta e un po' di attività fisica. Sono due ottimi consigli ma, per evitare un peggioramento dello stato di salute,

non sempre basta un semplice intervento sullo stile di vita. In aggiunta, si può usare il nutraceutico derivato dalle alghe marine".

Lo studio ha analizzato un gruppo di persone che l'ha assunto per tre volte al giorno (prima dei pasti). A tre e sei mesi di distanza sono stati svolti controlli emato-chimici che hanno attestato come il livello di glicemia tornava al di sotto della soglia limite dei 100 mg/dl. "Il diabete è un grave problema di salute pubblica - aggiunge Derosa -. Oltre ad essere potenzialmente letale presenta costi sociali importanti e in crescita in quasi tutti i Paesi occidentali. Solo in Italia ogni anno determina oltre 50mila ricoveri ospedalieri a cui vanno aggiunte le spese, per il servizio sanitario nazionale, legate alle terapie e l'assistenza dei pazienti cronici. Se riusciamo ad intervenire efficacemente e il prima possibile sul pre-diabete possiamo contenere il proliferare di nuovi casi e ridurre anche le spese per l'intera collettività. Le risorse risparmiate potrebbero essere così reinvestite per altre sperimentazioni di nuovi farmaci".

Chi ha una glicemia a digiuno "sopra i 100 mg/dl deve rivolgersi al proprio medico, che visti i risultati di questa ricerca, oltre a dieta e attività fisica ed esclusi i casi di diabete, avrà la possibilità di indicare l'utilizzo del nutraceutico. Come sempre - conclude l'esperto - serviranno ulteriori approfondimenti per confermare questi risultati positivi.

SanitainSicilia.it

PATOLOGIE CRONICHE: LA SANITÀ SICILIANA A RISCHIO SOSTENIBILITÀ

di *Walter Mazzucco*



L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane ha reso pubblici i dati sulla prevalenza delle **malattie croniche nella popolazione italiana**, e lo ha fatto attraverso la pubblicazione del **Rapporto Osservasalute 2018**, redatto da un team multi-disciplinare coordinato dall'*Istituto di Sanità Pubblica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma*, che ha documentato come le malattie croniche, lo scorso anno, abbiano interessato quasi il 40% della popolazione italiana, pari a circa 24 milioni di italiani, 12,5 milioni dei quali hanno presentato multi-cronicità, ovvero la compresenza di più di una malattia ad andamento cronico.

E le proiezioni della cronicità indicano che tra 10 anni, nel 2028, il numero di malati cronici in Italia raggiungerà la soglia dei 25 milioni di abitanti, mentre i multi-cronici saranno circa 14 milioni. Il **bisogno di salute** espresso dalla popolazione in termini di cronicità rappresenta la sfida principale per i sistemi sanitari evoluti, non a caso l'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** ha definito le malattie croniche quali

“*problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decadi*”, tali da richiedere l’impegno di circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale.

A siffatta prospettiva di un costante incremento della domanda di salute in termini di malattie croniche, strettamente correlata all’incremento dell’aspettativa di vita delle popolazioni, che sono sempre più anziane, ed all’aumento della sopravvivenza, **ascrivibile al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, al mutamento delle condizioni economiche e sociali, agli stili di vita, all’ambiente e alle nuove terapie, corrisponde un crescente impegno di risorse sanitarie, economiche e sociali.**

I sistemi sanitari di tutto il mondo, quindi, sono chiamati alla sfida di realizzare un **cambiamento dell’offerta assistenziale**, che deve essere reindirizzata ad una appropriata gestione delle cronicità, cui deve corrispondere una revisione dei modelli assistenziali.

Questo è particolarmente vero per i **Servizi sanitari pubblici**, come quello italiano, la cui sostenibilità è messa a serio rischio. Pertanto, la sanità ospedale-centrica, disegnata al fine di trattare le patologie acute, deve essere riorganizzata in un sistema integrato socio-sanitario, all’interno del quale l’assistenza nel territorio trova pari dignità rispetto a quella ospedaliera, che va sempre più razionalizzata e riqualificata per erogare cure ad elevata complessità.

In Italia, il **Piano Nazionale della Cronicità**, adottato in esito ad un accordo tra Stato e Regioni siglato alla fine del 2016, è stato concepito per rispondere all’esigenza di armonizzare, a livello nazionale, le attività di gestione della cronicità, per promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrati sulla persona e orientati verso una migliore organizzazione dei servizi, nonché su una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell’assistenza.

A tal fine, **il predetto Piano ha proposto l’implementazione di nuovi modelli organizzativi centrati sulle cure territoriali e domiciliari, integrate, delegando all’assistenza ospedaliera la gestione dei casi acuti/complessi.**

È in questo contesto che andrebbero sviluppate le **Cure Primarie** (traduzione italiana della “primary health care” codificata dalla WHO), che si fondano su principi di equità, accessibilità, globalità degli interventi, su azioni intersettoriali coordinate, tecnologie appropriate, competenze dei professionisti, partecipazione degli individui, famiglie e comunità, sostenibilità dei costi.

Le **Cure Primarie sono, quindi, erogate da più professionisti socio-sanitari che agiscono in team territoriali**, il cui perno centrale è rappresentato dai medici di medicina generale, che dovrebbero operare in associazione ed a stretto contratto con gli specialisti del territorio all’interno di Unità Complesse di Cure Primarie, che in alcune Regioni hanno preso la denominazione di *Case della Salute*.

La “presa in carico” del cittadino dovrebbe essere garantita sulla base di **Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) tarati per patologia ed in funzione delle peculiarità di ogni singolo paziente**. Ed accanto alle *Cure Primarie* dovrebbero essere sviluppate le *Cure Intermedie*, che si appoggiano a strutture sanitarie a valenza territoriale (gli ospedali di comunità, le Unità riabilitative territoriali, le Residenze sanitarie assistite di livello assistenziale intermedio)”, ovvero strutture sanitarie residenziali di degenza extra-ospedaliera ad alta intensità assistenziale, a vocazione internistica o geriatrica o anche riabilitativa, da utilizzare quando l’ospedale, il domicilio e la residenzialità socio-sanitaria rappresentino dei setting assistenziali inappropriati.

Esse nascono con gli obiettivi prevalenti della stabilizzazione e del recupero funzionale del paziente fragile, unitamente alla gestione più appropriata delle degenze ospedaliere (prevenire i ricoveri ospedalieri inappropriati, garantire la continuità assistenziale in uscita dall’ospedale) e ad esse si accede previa valutazione multidimensionale del paziente, cui viene attribuito un piano assistenziale individualizzato.

Tuttavia, solo una esigua minoranza delle Regioni ha recepito il Piano nazionale delle Cronicità, se non in toto almeno in parte, e tra queste non figura la Sicilia. Né, fatta eccezione per le cosiddette Regioni virtuose in tema di sanità, le cure primarie e le cure intermedie sono state adeguatamente sviluppate o implementate: e, ancora una volta, tra le Regioni poco virtuose compaiono le Regioni del sud e, tra queste, la Sicilia.

Trattasi, peraltro, di quelle Regioni che stanno dilapidando il vantaggio di salute derivante dall’adozione in passato di corretti stili di vita e che, più di tutte, subiranno in futuro gli effetti del maggior carico di malattie croniche. **La sostenibilità economico-finanziaria della Sicilia, in particolare, in assenza dell’adozione di politiche di sviluppo – è dimostrato come il prodotto interno lordo (PIL) di un Paese o di una Regione abbia ricadute dirette sullo stato di salute delle relative popolazioni e la Sicilia, purtroppo, ricade tra le Regioni a più basso PIL – e di adeguati investimenti in prevenzione e riorganizzazione dell’offerta assistenziale, a tutt’oggi eccessivamente spostata sul versante ospedaliero ed estremamente carente su quello delle cure territoriali e domiciliari, prima di ogni altra rischia nel breve periodo di essere messa in crisi dagli scenari di salute prima descritti.**

E questo, al netto della possibile introduzione dell’annunciata autonomia regionale differenziata, in assenza di un cambio di paradigma culturale nella nostra società civile e nella nostra classe dirigente, acuirà le già significative differenze di salute tra nord e sud del Paese.

Fin quando non si affronterà il tema del mancato sviluppo ed implementazione delle cure primarie ed intermedie, il servizio sanitario nazionale pubblico, equo e solidale, e, in particolare, i servizi sanitari delle Regioni del sud, saranno a serio rischio di sostenibilità. Non è sufficiente efficientare l’accesso ai pronto soccorso, né potenziarne le dotazioni in termini di organico, tanto meno aver lavorato prioritariamente al riordino della

rete ospedaliera regionale, ma tutte le evidenze dimostrano, di contro, come sia decisivo il ruolo di filtro che dovrebbe essere espletato dalla medicina del territorio e dal sistema integrato delle cure, laddove contestualizzato in un progetto di revisione complessivo del disegno della sanità siciliana.

Non si può fare a meno di auspicare che i nostri decisori regionali prendano coscienza dell'impatto di tali evidenze scientifiche ed epidemiologiche e, conseguentemente, dispieghino politiche espansive, nonché politiche sanitarie finalizzate a governare tali fenomeni ed a soddisfare i nuovi bisogni di salute.

È stato oltrepassato il livello di guardia ed i dati non lasciano spazio ad interpretazioni differenti. **Resta la consapevolezza che le decisioni assunte dalla politica, oggi, avranno un impatto decisivo sulla salute dei siciliani, da qui ai prossimi lustri.**

