N. 2 - OTTOBRE 2010
ISSN 1124-1403

CIENZE EUROLOGICHE SPEDALIERE

NOTIZIARIO UFFICIALE DELLA SNO
SOCIETÀ DEI NEUROLOGI, NEUROCHIRURGHI E NEURORADIOLOGI OSPEDALIERI

Bollettino - periodico di informazione Nuova Serie N. 2 - OTTOBRE 2010

Comitato Redazionale

CONSIGLIO DIRETTIVO SNO

PRESIDENTE: Marcello Bartolo
PAST PRESIDENT: Domenico Consoli
VICE PRESIDENTI: Enrico Cotroneo,

Giuseppe Neri, Fausto Ventura Davide Zarcone

TESORIERE: Donata Guidetti
CONSIGLIERI: Massimo De Bellis,
Claudio Gasperini,

Maurizio Melis, Maria Grazia Piscaglia,

Maria Grazia Piscaglii Marina Rizzo, Vincenzo Rossi, Angelo Taborelli, Antonino Vecchio, Bruno Zanotti

CDA SNO SERVICE

PRESIDENTE: CONSIGLIERI:

SEGRETARIO:

Bruno Jandolo Marcello Bartolo, Giancarlo Di Battista, Donata Guidetti, Gian Andrea Ottonello, Andrea Salmaggi, Bruno Zanotti

Autorizzazione del Tribunale di Trento del 31.05.82 - Iscrizione Registro della Stampa n. 379 e Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 3810 - Bimestrale. Editore: new MAGAZINE s.r.l., via dei Mille 69, 38122 Trento. Direzione, Redazione, Pubblicità: new MAGAZINE edizioni, viale Rovereto 51, 38122 Trento. www.newmagazine.it Stampa: Nuove Arti Grafiche, via dell'Ora del Garda 25, ZI settore A, 38121 Gardolo (TN). Numero singolo: 1,00 euro. Direttore Responsabile: Angelo Gaccione Responsabile Redazione: Angela Verlicchi

Redazione: bollettinosno@newmagazine.it

Il materiale ricevuto anche se non pubblicato non verrà restituito. Il contenuto degli articoli pubblicati non rispecchia necessariamente la posizione dell'Editore. Gli Autori scrivono e sviluppano liberamente le loro opinioni, delle quali assumono ogni responsabilità legale e morale. Utilizzazione libera dei testi, citando la fonte.

Il Bollettino è stampato su carta ecologica che non contiene acidi, cloro ed imbiancante ottico.

Periodico riservato ai soci. Distribuito agli iscritti alla SNO in regola con la quota sociale.

EDITORIALE

PER I GIOVANI COLLEGHI, SENZA DEMAGOGIA

Il Direttivo SNO già da anni si impegna nel favorire la partecipazione attiva ai Congressi Nazionali dei giovani Colleghi cultori delle neuroscienze. Un congruo numero di giovani Colleghi viene infatti ospitato agli incontri nazionali, con la sola condizione che presentino una comunicazione in sede congressuale.

È ovvio che questo non può ritenersi sufficiente. Per tale motivo il Direttivo SNO ha assunto ulteriori iniziative che vanno a tutto favore dei giovani. Questi ultimi, se presenteranno un lavoro al prossimo Congresso Nazionale di Cagliari, non solo avranno l'iscrizione al consesso ad un prezzo di assoluto favore, ma, se lo desiderano, possono ottenere l'iscrizione alla SNO a titolo gratuito fino al compimento del trentacinquesimo anno di età. Questo per favorire ed invogliare la partecipazione alle attività della Società, apportando nuova linfa culturale.

L'aver innalzato la soglia delle agevolazioni fino ai 35 anni sta a sottolineare che ben si capiscono le difficoltà dei giovani Colleghi che spesso vivono la preoccupazione prioritaria del raggiungimento della sicurezza lavorativa. In un'era dove si fa strada, da parte delle Aziende Ospedaliere la formula di "contratti a termine" e delle "Collaborazioni Coordinate Continuative", per coprire le necessità impellenti e non per dare continuità ad

SOMMARIO

- Per i giovani colleghi, senza demagogia
- Verbali Assemblea di Parma 2010
- Novità sugli ECM dal Forum di Cernobbio
- L'altra verità su medici e ospedali
- Convegno di Cagliari 2011
- Scheda di aggiornamento Soci SNO
- Convegno di Gallarate (19-20 novembre 2010)
- Terza edizione dell'Hipponion Stroke National Price e prima Conferenza Nazionale sulla Neurologia d'Urgenza
- La risposta della Medicina al fine vita: la desistenza terapeutica
- "One in six"



un rapporto lavorativo vicendevolmente costruttivo, la SNO comprende che per fidelizzare un giovane alle attività societarie bisogna che questi apprezzi nel tempo la bontà delle proposte societarie.

Certi che il percorso intrapreso da

questo Direttivo sia nella giusta direzione del rinnovamento, si investe sui giovani Colleghi che si preparano ad essere il futuro delle Neuroscienze negli ospedali italiani.

Ma non basta. Su proposta del Consigliere Antonino Vecchio e con piena adesione di tutto il Consiglio Direttivo SNO, si stanno varando iniziative per istituire una Consulta dei Giovani per le Neuroscienze, che potrà svolgere una azione innovativa e propulsiva, operando all'interno della SNO Nazionale.

DOCUMENTI

VERBALI ASSEMBLEA SNO **DI PARMA 2010**

ORDINARIA. Verbale dell'Assemblea Ordinaria dei Soci SNO del 21 maggio 2010 a Parma. Sono presenti per il Consiglio Direttivo:

- Marcello Bartolo (Presidente),
- Domenico Consoli (Past President),
- Giuseppe Neri (Vice Presidente),
- Enrico Cotroneo (Vice Presidente),
- Fausto Ventura (Vicepresidente),
- Donata Guidetti (Tesoriere),
- Massimo De Bellis (Consigliere),
- Maurizio Melis (Consigliere),
- Maria Grazia Piscaglia (Consigliere),
- Marina Rizzo (Consigliere),
- Vincenzo Rossi (Consigliere),
- Angelo Taborelli (Consigliere),
- Bruno Zanotti (Consigliere),
- Davide Zarcone (Consigliere),
- Antonino Vecchio (Consigliere). Il Presidente ed il Segretario verificano, insieme con il Notaio Condemi, che la Assemblea è validamente costi-

tuita, a norma di Statuto, sia per la convocazione come Assemblea Ordinaria sia come Assemblea Straordinaria. Inizio dei lavori della Assemblea Or-

dinaria ore 14.30 con il seguente ordine del giorno:

- elezione del Comitato dei Probiviri;
- relazione del Presidente, Segretario e Tesoriere:
- varie ed eventuali.

Il Segretario Zarcone illustra l'ordine del giorno e comunica i nomi ed i curricula sintetici dei candidati a Probiviri proposti dal Consiglio Direttivo, nelle persone di: Antonio Colombo, Neurologo di Desio, Luigi Curatola, Neurologo di San Benedetto del Tronto, e Gianandrea Ottonello, Neurofisiopatologo di Genova.

Dopo un chiarimento tra il Socio Angelo Sghirlanzoni ed il Segretario in merito alla procedura di elezione, per

votazione palese della Assemblea, i tre Probiviri sono eletti con 68 voti a favore a 3 astenuti.

Segue la relazione del Presidente Bartolo, il quale comunica all'Assemblea la nascita di nuove Sezioni Regionali, quali quelle delle Marche, della Toscana, e della vivace attività della Lombardia e della Sezione del Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria, a testimonianza della vivacità della rete territoriale della Società.

Prende poi la parola il Segretario Zarcone, il quale comunica all'Assemblea la propria soddisfazione per essere diventato Segretario di una Società importante come la SNO, dichiarando di volere garantire continuità al lavoro della Segretaria SNO avviato dal precedente Segretario Dr. Salmaggi che per motivi personali e di lavoro ha scelto di dare le dimissioni. Zarcone dichiara, inoltre, di sentirsi orgoglioso di potersi collocare nella scia di precedenti Segretari che hanno fatto la storia della SNO, quali Beppe Neri e Renato Boeri.

Segue la relazione del Tesoriere Dr.ssa Guidetti, che illustra la situazione di Bilancio della Tesoreria SNO e di SNO Service; il bilancio della SNO viene sottoposto alla approvazione della Assemblea, che lo approva alla unanimità.

Al termine della relazione della Dr.ssa Guidetti, chiede la parola il Dr. Luigi Pastore per domandare al Presidente come mai non abbia ricevuto alcun invito come moderatore-relatore per il Congresso di Parma del 2010, essendo stato il Presidente organizzatore del Congresso Nazionale del 2009. In continuità con questo intervento la Dr.ssa Guidetti chiede la parola, precisando che desidera parlare come Socio e non

Percorsi culturali



Anatomia del libro. Il libro è un oggetto semplice e funzionale. La sua struttura, composta di coperta, dorso, fascicoli (gruppi di fogli piegati a metà) e cuciture, non varia molto dal Medioevo. Infatti, alla fine dell'età classica, i manoscritti.

abbandonata la forma del rotolo di papiro (l'antico volumen), assunsero la forma tipica di oggi. Inizialmente di pergamena (i "codici medioevali"), che fu sostituita, nel XIV-XV secolo, dalla carta (introdotta in Europa nel XII), meno costosa ma considerata a lungo un materiale rozzo. Con l'avvento della stampa (1450), la carta diventò il supporto per eccellenza. È stato calcolato che nel XV secolo, in Europa, sono stati stampati tra i 15 e i 20 milioni di libri: una vera rivoluzione che ha trasformato il libro in un oggetto "quotidiano". Nella foto particolare della rilegatura a nervi, in cui il filo di cucitura dei fascicoli si avvolge attorno ad un supporto esterno o nervo, di solito di spago o cuoio. (Per gentile concessione del Museo dell'Istituto Centrale per il restauro e la conservazione del Patrimonio Archivistico e Librario (ICPAL))

in qualità di Tesoriere e Membro del Consiglio Direttivo, per suggerire una modalità diversa di organizzare il Congresso Nazionale, sollecitando l'implementazione di un Comitato che possa essere di supporto all'organizzatore locale del Congresso, per porre rimedio ad alcune difficoltà, a suo avviso affrontate dagli organizzatori degli ultimi Congressi Nazionali.

Prende la parola il Presidente Bartolo e risponde al Dr. Pastore confermandogli l'assoluta infondatezza di qualsiasi impressione di "esclusione" di chicchessia. Il Presidente sottolinea, invece, come la organizzazione di un Congresso Nazionale, con oltre trecento tra Moderatori e Relatori, impone sia all'organizzatore locale di tenere in considerazione le specifiche realtà professionali dell'area geografica dove si svolge l'evento, sia al Consiglio Direttivo SNO di tenere conto di elementari criteri di rotazione per i Moderatori e Relatori coinvolti di anno in anno. Alle ore 15.07, esauriti gli argomenti all'ordine del giorno, si conclude l'Assemblea Ordinaria.

STRAORDINARIA. Verbale di Assemblea Straordinaria dei Soci SNO del 21 maggio 2010 a Parma (Cfr. Atto relativo, a cura del Notaio Condemi). Inizio dei lavori ore 15.07, assemblea convocata in seconda convocazione. All'ordine del giorno c'è la modifica dello Statuto SNO. Sono presenti per il Consiglio Direttivo:

- Marcello Bartolo (Presidente),
- Domenico Consoli (Past President),
- Giuseppe Neri (Vice Presidente),
- Enrico Cotroneo (Vice Presidente),
- Fausto Ventura (Vicepresidente),
- Donata Guidetti (Tesoriere),
- Massimo De Bellis (Consigliere),
- Maurizio Melis (Consigliere),
- Maria Grazia Piscaglia (Consigliere),
- Marina Rizzo (Consigliere),
- Vincenzo Rossi (Consigliere),
- Angelo Taborelli (Consigliere),
- Bruno Zanotti (Consigliere),
- Davide Zarcone (Consigliere),
- Antonino Vecchio (Consigliere),

e numero di associati valido per l'Assemblea, regolarmente iscritti nei libri sociali e rappresentanti in proprio un numero superiore al quorum costitutivo e deliberativo previsto dallo Statuto, infatti sono presenti 71 soci.

All'ordine del giorno c'è la proposta di modifica dello Statuto SNO e, in presenza del notaio Condemi, viene deliberato di apportare allo Statuto associativo le seguenti modifiche:

- Art. 1 definizione comma unico;
- Art. 4 attuazione degli scopi al punto e ed al punto h;
- Art. 7 assemblea dei soci: V VI e IX comma;
- Art. 8 al Consiglio Direttivo: punti a-b-f-g-l- m;
- Art. 9 Comitato dei Probiviri: primo comma.

La maggioranza dei Soci presenti in Assemblea Straordinaria hanno votato con voto palese e hanno dato parere favorevole alle modifiche di Statuto sopra indicate.

Chiusura dei lavori ore 17.10.

AGGIORNAMENTO

NOVITÀ SUGLI ECM DAL FORUM DI CERNOBBIO

Il 20 ottobre al Forum ECM (Educazione Continua in Medicina) di Cernobbio si è svolta una tavola rotonda dove, con interlocutori istituzionali (Ministero, Commissione ECM e industria), si è parlato del ruolo delle Società Scientifiche e del rapporto con l'industria in merito alla sponsorizzazione.

La FISM (Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane) è stata invitata assieme ad Assobiomedica e Farmindustria.

Nei giorni precedenti al forum di Cernobbio, la Commissione ECM aveva annunciato alcune novità che, a detta del moderatore Claudio Cricelli (Componente della Commissione ECM), sono state presentate, ma non ancora sottoposte alla firma della Commissione.

La novità nel campo della sponsorizzazione degli eventi ECM consiste nel riconoscimento di 50 crediti sponsorizzati su 150 crediti complessivi di 3 anni. Il rappresentante di Farmindustria ha spiegato il meccanismo, ovvero un discente potrebbe anche essere sponsorizzato per un numero superiore di crediti (esempio 100/150), ma il COGEAPS (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie). nella verifica finale dei crediti del discente, ne validerà solo 50, mentre i restanti crediti sponsorizzati non verranno riconosciuti. Non si conoscono ancora i meccanismi di selezione e verifica del COGEAPS o i criteri che determineranno a quali corsi non riconoscere, o meglio disconoscere ex post, i crediti ECM.

Dal momento che non vi è ancora un testo ufficiale, rimaniamo in attesa di approfondire l'argomento e valutarlo dal punto di vista delle Società Medico-Scientifiche.

Angelo Fracassi, Presidente di Assobiomedica, ha sottolineato la mancanza della ricerca clinica nei temi trattati e del contributo alla ricerca che l'industria apporta nell'interesse del sistema Paese; ha messo in evidenza la problematica dell'assenza di conflitto di interessi, più volte citata dal moderatore Cricelli, sottolineando che la verifica dell'assenza di conflitto in pratica blocca il coinvolgimento dei colleghi che più si sono dedicati alla ricerca clinica e che quindi possono trasmettere informazioni corrette, a maggior ragione se espressione condivisa dell'operato della società scientifica di riferimento.

Come Presidente FISM ho illustrato in 8 punti le criticità del documento FISM, sottoscritto il 18 ottobre da 90 SMS (Società Medico-Scientifiche). In particolare ho richiamato la mancanza di certezze nella corretta procedura di gestione delle sponsorizzazioni ed ho sottolineato l'importanza per le SMS del Congresso Nazionale quale momento centrale di confronto e messa a punto di linee guida che possono, di fatto, cambiare gli atteggiamenti dei professionisti a vantaggio del corretto modo di operare per una migliore appropriatezza delle cure.

L'auditorio ha ben recepito il messaggio e da più parti la FISM è stata citata come punto di riferimento per i contenuti trattati.

Alla fine della tavola rotonda ho chiesto alla Commissione la tempistica applicativa del nuovo Sistema ECM.

Vi riassumo brevemente quanto mi è stato riferito a voce:

- i soggetti "accreditati" entro il 31. 10.2010 potranno mettere in atto il piano formativo, con attribuzione di crediti, dal 01.01.2011 (non basta aver formulato la domanda di accreditamento, bisogna essere accreditati);
- i soggetti accreditati in data successiva ed entro il 31.12.2010 potranno mettere in atto il loro piano formativo dal 01.4.2011 (per chi ha già programmi in sviluppo e non è ancora accreditato al 31.10.2010 la gestione dell'evento accreditato seguirà il vecchio sistema);
- il sistema di finanziamento dovrebbe essere quello previsto dalle nuove regole (peraltro non ancora ben chiarite);
- il numero dei provider accreditati

(attualmente 140) sta lentamente salendo, ma l'incertezza sull'applicazione delle nuove regole rimane invariata.

Il nostro documento, sottoscritto il 18 ottobre, verrà portato alla valutazione della Commissione ECM nella riunione prevista per il 29.10.2010 e successivamente si potrà mettere in atto o una audizione formale o un tavolo di confronto per definire risposte chiare ai punti da noi sollevati. Nel frattempo proseguirà il confronto tra FISM e il Ministero della Salute per il progetto FISM sull'appropriatezza prescrittiva e si comincerà a discutere del "riconoscimento istituzionale" delle Società Medico-Scientifiche.

Franco Vimercati
Presidente FISM
e-mail: segreteria@fism.it

ATTUALITÀ

L'ALTRA VERITÀ SU MEDICI E OSPEDALI

di Antonello Caporale*

Chi si arricchisce e chi si ferma a uno stipendio da serie C.

Chi è costretto a sessant'anni a trascorrere la notte del ferragosto in corsia e chi inaugura l'ultimo yacht ad Ansedonia.

Com'è possibile che nello stesso ospedale le buste paga siano così clamorosamente diverse? Quali relazioni, quali coperture e quali trucchi servono per legare pochi a indennità d'oro? A Piccola Italia, dopo la pubblicazione di alcuni scandalosi redditi agguantati nei meandri di una normativa che allarga le maglie della discrezionalità e premia i pochi e soliti noti, sono giunte testimonianze che raccontano un'altra verità sui medici e sugli ospedali. Sull'Italia e su questo cattivo tempo.

Giuseppe è pediatra oncologo, vive e lavora a Perugia: "Arrivo a circa 52 mila euro scarsi l'anno, ho 36 anni, ho due figli e moglie a carico. E sono precario. Sono specialista in oncologia, lavoro come pediatra oncologo, ho un dottorato di ricerca in ematologia e diversi altri post-it nel mio curriculum. Perché dico questo? Perché della smania e della voglia di essere "medico" non me ne resta più traccia. Della passione iniziale adesso solo routine. In

Percorsi culturali







Patologia del libro. I libri con il passare del tempo si deteriorano. Il naturale invecchiamento dei materiali di natura organica, spontaneo e irreversibile, viene accelerato da diversi fattori di danno: ambientali (temperatura, luce, umidità), interni (impurezze della carta, inchiostri acidi o metallici, ecc.), infestanti, eventi catastrofici (incendi, alluvioni, guerre) o uso improprio. Esempi di alcuni infestanti: nido di termiti (A), gallerie di anobide (tarlo) (B) e copertina mangiata da pidocchio del libro (C). (Per gentile concessione del Museo dell'ICPAL)



reparto siamo in quattro e facciamo turni massacranti, un week-end libero al mese. Non abbiamo diritto a ferie scientifiche o di aggiornamento. Non ci viene pagato lo straordinario che facciamo e ci viene imposto di ridurre le ore di accesso notturno. L'assistenza ai malati del nostro reparto è lasciata al nostro buon cuore e al rimorso che un giorno in più di ferie possa essere troppo per loro. Ed oggi leggo di illustri colleghi che prendono fino a 600 mila euro l'anno. Io che non ho tempo per me ed i miei figli, che devo pregare la banca per un fido di 3.000 euro, cos'altro devo aspettarmi da questa Italietta? E loro come fanno ad arrivare a tali retribuzioni? Che tristezza ed amarezza".

Maura ha cinquant'anni. È neurologa. "La mia carriera di dipendente a tempo indeterminato è iniziata solo 12 anni fa. Prima ero dottore di ricerca in neuroscienze, successivamente Fellow negli USA e poi borsista CNR. Il mio reddito non supera i 55 mila euro lordi e la mia pensione (se mai la prenderò) sarà inferiore al 50 per cento di quanto oggi guadagno. Forse non avrei limitato al penultimo rigo la descrizione delle reali condizioni economiche della "truppa", ed avrei invece marcato meglio che con tale remunerazione i medici fanno turni massacranti, non hanno il tempo di recuperare, vengono letteralmente aggrediti da tutti, schiacciati tra la riduzione delle risorse economiche e le scelte da fare per la salute del paziente, senza un riconoscimento adeguato e non solo in termini economici".

"Sono un medico ospedaliero - scrive

Salvatore, da Brescia - e ho diligentemente messo sul sito del mio ospedale sia il curriculum che lo stipendio. Dopo di che io, infettivologo, mi sono trovato ad avere entrate pari o anche superiori a colleghi cardiologi, ginecologi, chirurghi, ortopedici. Dov'è il trucco? Semplice, i proventi della libera professione non vengono inclusi e quindi non sono conteggiati, così io, che non raggiungo mai i 1.000 euro al mese lordi per tale voce, mi trovo come colleghi che in realtà guadagnano 10 volte tanto! E poi ho anche scoperto che i colleghi universitari non pubblicano il loro stipendio, compresi i direttori di struttura".

Luciano, ospedale di Carbonia. "Ho 45 anni ed ho iniziato a lavorare come medico ospedaliero a 35 anni. Tra la maturità scientifica, regolarmente conseguita a 18 anni, ed i 35 anni ci metta 6 anni di corso di Laurea, 4 anni di Specializzazione, il servizio militare e diversi anni di lavoro sottopagato effettuato ovunque capitasse. Ho lavorato in cliniche private per 10.000 lire all'ora. Meno di quanto davano a chi effettuava le pulizie! Attualmente lavoro in una divisione di medicina svolgendo esclusivamente attività di corsia compresi i turni di guardia notturni e festivi. Noi siamo aperti 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno. Sa cosa vuol dire? Sa cosa vuol dire sentire alla radio domande del tipo: siete stati oggetto o pensate di essere stati oggetto di malasanità? Venite da noi, facciamo la denuncia e solo se la si vince ci pagate! I denunciati, siamo noi! Sa quanto dura una causa nel nostro Paese? Sa quanto costa? Sa chi anticipa?

E non oso pensare di fare qualche errore. Eppure sono un essere umano". "Io - accusa Enzo - sono "costretto", per garantire le urgenze della unità operativa dell'ospedale ove lavoro, a più di dieci turni di pronta disponibilità notturna e festiva (quindi almeno due domeniche al mese) al modico prezzo di 20,66 euro. Forse si dirà che moltiplicato per 12, le ore del turno di reperibilità (dalle ore 20 alle ore 8 del giorno successivo), non è male... Ma c'è un equivoco. Le 20,66 euro sono per tutte e dodici le ore del turno, e sono lorde... Per cui, sottraendo il 40% circa dell'Irpef, al netto sono 1 (uno) euro l'ora! Quindi 1 euro l'ora per essere disponibile a raggiungere in massimo 20 minuti-mezz'ora l'ospedale (ogni ritardo è punibile anche in sede penale) ed essere in grado di affrontare un'urgenza - che sia un intervento chirurgico per rottura di milza a causa di un incidente stradale oppure una consulenza per un paziente in pronto soccorso o ricoverato nei vari reparti ospedalieri. Certo, in un periodo di crisi e disoccupazione parlare di soldi, da parte di chi è "privilegiato" e guadagna come me intorno agli 80 mila euro lordi l'anno, stona un poco, ma bisognerebbe bussare ad altre porte, non accusare chi fa andare avanti la baracca...".

"Lavorare per più di dieci ore al giorno in ambiente ospedaliero - racconta Pierangelo, medico in Piemonte - è molto duro e si perde la concentrazione, ma in sanità ormai questo monte ore è la norma, ci si lamenta solo quando le ore diventano 13-15... Per un giovane vecchio di 61 anni come me le mie otto ore giornaliere + 2/4 ore aggiuntive quotidiane pesano". Marco, ospedale Brotzu di Cagliari, prende in mano il suo Cud 2010: "A riga 1 compare 66.059.85 (lordi, tenga conto che il mio scaglione è, se non sbaglio, del 43%...). Sono uno degli italiani più ricchi! Faccia un po' lei i calcoli: quanto porto a casa ogni mese dopo vent'anni di servizio?".

"La mia dichiarazione dei redditi dice Fabio, un chirurgo di Milano - è di circa 65.000 euro senza "l'altro" (che per noi chirurghi non esiste se non per anestesisti e radiologi che per ridurre liste d'attesa lavorano in libera professione per l'azienda stessa, che paga profumatamente) dopo 20 anni di lavoro. L'impressione è che nell'ultimo decennio vi sia stata una contrazione insostenibile delle risorse umane e materiali con il solito proposito di favorire il privato convenzionato a discapito della qualità del servizio pubblico. Infatti, quel che si è ottenuto nella mia divisione di chirurgia generale è stato di prorogare le liste d'attesa sino a due anni (ovviamente per ciò che non è urgenza e neoplasie), cioè sino a quando il paziente decide di utilizzare un'altra struttura. Nel corso dell'ultimo anno, per esempio, il turnover di pensionamento della mia divisione non è stato rispettato per gravi carenze di organico, e perciò non ha intaccato alcun servizio per i cittadini. Evidentemente ciò è potuto accadere grazie al nostro impegno. Da circa 12 mesi infatti non vengono rispettate le regole basilari del contratto di lavoro, determinando un conseguente carico di servizi tale da rendere rischiosa la nostra opera. Non esistono riposi compensativi (un giorno di riposo dopo il week-end di lavoro cumulato a tutta la settimana precedente), oltre 20 giorni di lavoro consecutivi con otto reperibilità all day and night long, più inframmezzate notti in pronto soccorso, sale operatorie cinque giorni alla settimana e via dicendo. Il mio pensiero è che le strutture ospedaliere non sono aziende. Non si può pensare di avere profitti su un costo sociale, se non sfruttando il lavoro altrui e la salute della comunità".

Da Roma, Carmen: "Io invece sono un medico ospedaliero, specialista assunta a tempi indeterminato. Vinto regolare concorso pubblico, espletato il quale ho atteso altri due anni circa per l'assunzione definitiva, causa il solito blocco. Ho una figlia minore, pago un mutuo di circa mille euro al mese, lavoro a 40 km da Roma e non svolgo attività privata. Il mio reddito imponibile arriva a 58 mila euro, ho un prestito mensile Inpdap di 300 euro, le grosse spese non posso farle in contanti, quest'anno vacanze sì, ma a casa. Lavoro bene, i pazienti mi cercano, ma l'unico modo che ho per arrotondare il mio stipendio, sono gli straordinari, e i miei colleghi sono ben felici di cedere notti che concentro quando mia figlia sta dal padre, per non darle disagio e per non pagare baby sitter... Mi infastidisce il tono insinuante che noi medici ospedalieri siamo una lobby intoccabile, che accumuliamo denaro ai danni della collettività, che non arriva invece a fine mese. Ma la quarta settimana del mese, lo so benissimo anch'io, sulla mia

pelle, cosa significa... So di svolgere un lavoro che spesso fa la differenza, sul crinale della vita e la morte (sono cardiologa). Posso affermare, anche dal confronto con le retribuzioni europee, che da cardiologo turnista sono sottopagata. A proposito, scrivo dal computer di casa. Stasera, notte di ferragosto, sarò di guardia".

"Io sono un anestesista rianimatore ospedaliero di La Spezia - scrive Marco - ho letto con molto interesse e ancor più stupore il suo articolo in merito agli stipendi di alcuni medici. Sono sbigottito, perché io percepisco dopo 14 anni di servizio 70.000 euro lordi annui (cud 2009) e non riesco a capire attraverso quale meccanismo si possa raggiungere certe cifre".

Gregorio si è trasferito a Honolulu, e spiega il perché: "Faccio il chirurgo negli Stati Uniti dopo aver lasciato l'Italia disgustato dalle schifezze del paese e del mondo ospedaliero. Mi sono specializzato in chirurgia dei trapianti di fegato ed intestino. Ho eseguito il primo trapianto mutiviscerale totale pediatrico mai fatto in Italia (ospedale di Bergamo). I miei anni all'estero non sono valsi a nulla, nessun incarico dirigenziale, concorsi da primario vinti dai raccomandati. Per i trapianti all'inizio il chirurgo operatore riceveva la mostruosa cifra di 600 euro lordi (poi abolita dai sindacati). Nell'ultimo anno 2006/7 per un trapianto effettuato di notte percepivo l'enormità di 20 euro l'ora!".

Donatella, di Brescia, primario, è sconsolata: "Personalmente faccio le guardie diurne e notturne e le reperibilità, i giorni festivi e in media il doppio delle ore settimanali dei miei collaboratori. L'Italia oggi soprattutto è piene di malandrini ad ogni livello. Ma si pensi anche a tutti noi che cerchiamo tra le mille difficoltà della sanità pubblica di fare onestamente il nostro lavoro, senza privilegi di casta".

(Articolo pubblicato su repubblica.it il 17 agosto 2010, per gentile concessione dell'Autore)

Percorsi culturali





libri subiscono danni, anche irreparabili, a causa di eventi catastrofici, come le guerre. A. Volumi, che servirono da barricata nella biblioteca dell'Università di Catania, con fori da palla di fucile. B. Mineralizzazione dei fogli di un libro per esplosione di una mina. (*Per gentile concessione del Museo dell'ICPAL*)

Patologia del libro. A volte i

^{*} Giornalista e scrittore





IN FASE DI ACCREDITANIENTO

LI

Congresso **NAZIONALE**

CAGLIARI 18-21 MAGGIO 2011

CENTRO DEI CONGRESSI FIERA INTERNAZIONALE DELLA SARDEGNA SNO







MAIN TOPICS

UPDATE SU "EMORRAGIA SUBARACNOIDEA"

SCLEROSI MULTIPLA

SINDROMI PARKINSONIANE: APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

GENETICA E NEUROSCIENZE

EPILESSIA: LE SITUAZIONI DIFFICILI

L'Urgenza Neurologica: non solo Ictus

MONITORAGGIO INTRAOPERATORIO

CONTROVERSIE NELLA MIASTENIA

STENOSI VASALI INTRACRANICHE

DEEP BRAIN STIMULATION

L'ICTUS CARDIOEMBOLICO

"DISTURBI PSICHIATRICI" NELLE MALATTIE NEUROLOGICHE

MALATTIE NEUROLOGICHE DA PRIONI

Eterogeneità della Malattia di Alzheimer

TECNOLOGIE EMERGENTI PER LA PATOLOGIA SPINALE

AGGIORNAMENTI IN MEDICINA DEL SONNO

Per iscrizioni e ulteriori informazioni si prega di consultare i siti

www.snoitalia.it - www.avenuemedia.eu (sezione Congressi)



SEGRETERIA SCIENTIFICA LOCALE

Eleonora Cocco - Cagliari Giovanni Cossu - Cagliari Paola Ferrigno - Cagliari Davide Manca - Cagliari Walter Merella - Cagliari Jessica Moller - Cagliari

> Tel./Fax: 070 539639 e-mail: neurologia@aob.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Via Riva Reno 61 - 40122 Bologna Tel. 051 6564300 - Fax 051 6564334 congressi@avenuemedia.eu www.avenuemedia.eu

SCHEDA DI AGGIORNAMENTO SOCI SNO

Al fine di mantenere l'archivio sempre corrispondente alla condizione in corso e facilitare i contatti per qualsiasi tipo di comunicazione, la Segreteria chiede ai Soci SNO di inviare tramite:

- posta (Segreteria SNO c/o Avenue media S.r.l., via Riva Reno 61, 40122 Bologna), o
- fax (051-6564334), o
- e-mail (segreterie@avenuemedia.eu) la scheda di aggiornamento dati qualora vi siano modifiche rispetto ai dati comunicati al momento dell'iscrizione alla Società.



SNO

Scienze Neurologiche Ospedaliere Società dei Neurologi Neurochirurghi Neuroradiologi Ospedalieri www.snoitalia.it

SCHEDA DI AGGIORNAMENTO DATI

DA COMPILARE QUALORA VI SIANO MODIFICHE RISPETTO AI DATI COMUNICATI AL MOMENTO DELL'ISCRIZIONE ALLA SOCIETA' E RESTITUIRE A:

Segreteria SNO c/o Avenue media S.r.l. – Via Riva Reno 61 – 40122 Bologna Tel. 051/6564311 - Fax 051/6564334 - e-mail: segreterie@avenuemedia.eu

COGNOME	NOME	
ATTIVITA' P	ROFESSIONALE	
Attività prevalente:	Neurologo [N]; Neurochirurgo [NC]; Neuroradiologo [NR]; Neurofisiopatologo [NF] Neuropsichiatra Infantile [NI]; Fisiatra [F]; Altre attività neurologiche [NX] Specialità non neurologiche (specificare)	
Qualifica:	Professore [Pr]; Dottore [Dr] Ospedaliero [O]; Universitario [U]; Libero professionista [L]; Convenzionato [C] Posizione apicale [1]; Secondaria [2]; Altro [3] (specificare)	
INDIRIZZO	PRIVATO	
VIA / PIAZZA		N°
CITTA'	CAP	PROV.
TELEFONO	EAV	
INDIRIZZO	LAVORO	
ENTE	DIVISIONE	
VIA / PIAZZA		N°
CITTA'	CAP	PROV.
TELEFONO	FAX	
INDIRIZZO	E-MAIL	
Indicare l'indirizzo a	cui si preferisce ricevere la posta della Società: PRIVATO	□ LAVORO
trattamento e la cor	egisl. Privacy n. 196/2003 "Tutela dei dati personali" concedo il mio co municazione dei miei dati personali. NO	nsenso alla SNO per il
Data /	/ Firma	

CORSO DI AGGIORNAMENTO

GIORNATE NEUROLOGICHE GALLARATESI

19-20 NOVEMBRE 2010



Sala Convegni. "Aloisianum" Via San Luigi Gonzaga, 8 - Gallarate (VA)

ORGANIZZATO DALLA



S.C. di Neurologia e Stroke Unit dell'A.O. "S. Antonio Abate", Gallarate (VA)

COMITATO SCIENTIFICO

E. Agostoni

N. Bresolin

G. Bussone

A. Colombo

D. Porazzi

D. Zarcone

CON IL PATROCINIO DI



ANIRCEF Associazione Neurologica Italiana per la Ricerca sulle Cefalee



A.L.I.C.E. Onlus





Società dei Neurologi Neurochirurghi Neuroradiologi Ospedalieri

INFORMAZIONI GENERALI

La giornata del 19 novembre è riservata a un massimo di 120 Medici, specializzandi o specialisti in Neurologia, Neurochirurgia, Neurofisiologia, Neuroradiologia e Medicina Interna (verrà considerato l'ordine cronologico di arrivo). La giornata del 20 novembre è riservata a un massimo di 120 Medici, specializzandi o specialisti in Neurologia, Neurochirurgia, Neuroradiologia, Medicina Interna e Medicina Generale. Sarà possibile partecipare ad una sola o ad entrambe le giornate, a condizione di rientrare nelle categorie accreditate per ciascuna di esse. La scheda d'iscrizione dovrà essere inviata entro il 15 novembre 2010, per fax (02 59901652) alla Segreteria Organizzativa. Le iscrizioni chiuderanno il 16 novembre 2010 o al raggiungimento del numero massimo previsto dei partecipanti per le varie categorie accreditate (verrà considerato l'ordine cronologico di arrivo); dopo tale data verranno accettate iscrizioni solo a insindacabile giudizio della Segreteria Scientifica. Per il presente evento è stato richiesto l'accreditamento presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, quale attività di formazione. I Crediti Formativi ECM verranno assegnati ai Medici specialisti, come da disposizione ministeriale, solo a superamento del test finale e in base ai dati forniti dal rilevamento delle presenze. Ai partecipanti verrà rilasciato un attestato di frequenza, purché presenti per l'intera durata della giornata alla quale ci si è iscritti.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Studio A&S srl Via Bergamo, 8 - 20135 MILANO Tel: 02/59902525-1289 Fax: 02/59901652

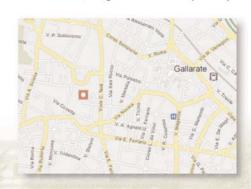
E-mail: neurologia@studioaes.it Sito web:www.studioaes.it

COME RAGGIUNGERE LA SEDE

L'Aloisianum è a circa 2 km dalla stazione ferroviaria e a 1 km dall'Ospedale S. Antonio Abate.

IN TRENO: Scendere alla Stazione FS di Gallarate e seguire le indicazioni per l'Ospedale.

IN AUTOMOBILE: Autostrada A8 Milano Laghi. Uscita Busto Arsizio, direzione Malpensa. Prendere la 2a uscita per Gallarate (Gallarate-Samarate) e seguire le indicazioni per l'Ospedale.



RESOCONTO

3A EDIZIONE DELL'HIPPONION STROKE NATIONAL PRIZE E 1A CONFERENZA NAZIONALE SULLA NEUROLOGIA D'URGENZA



Anche quest'anno si è svolto a Vibo Valentia l'Hipponion Stroke National Prize, un premio biennale riconosciuto ai tre migliori lavori originali sull'Ictus Cerebrale effettuati da giovani ricercatori. Giunto alla sua terza edizione esso rappresenta ormai un evento scientifico di significativo rilievo nel panorama nazionale oltre che essere, per la sue peculiarità, unico e particolare.

Il successo in termini di numero e di qualità dei lavori presentati nelle precedenti edizioni, unito all'autorevolezza della Commissione Scientifica e del Board dei Garanti, ha ormai consacrato questo evento ad un ruolo esclusivo e di primo piano nel panorama scientifico nazionale, rendendo, di fatto, l'Hipponion Stroke National Prize il premio nazionale per la ricerca sull'Ictus Cerebrale.

Come da tradizione si sono confrontati i migliori dodici lavori di altrettanti giovani neurologi nel campo della ricerca sull'Ictus Cerebrale selezionati fra tutti i lavori pervenuti e sottoposti, dopo opportuna anonimizzazione, ciascuno al vaglio di tre componenti della Commissione Scientifica del Premio, ampiamente rappresentativi della Comunità Scientifica nazionale. La valutazione di ogni singolo elaborato è avvenuta attraverso una griglia di 4 criteri, che andavano dalla valutazione dell'originalità del lavoro alla metodologia applicata, alla discussione dei dati ottenuti e alla conclusione con particolare attenzione verso la congruità dei risultati ottenuti.

Al termine di tale preselezione sono stati ammessi i 12 lavori ritenuti migliori. Questi sono stati presentati dagli autori, nel corso della manifestazione, davanti al Plenum della Commissione Scientifica.

Terminata la presentazione dei singoli lavori, i concorrenti ammessi sono stati quindi valutati da parte del Plenum della Commissione Scientifica attraverso ulteriori criteri rappresentati dal contenuto del lavoro, dalla discussione della presentazione e dalla qualità della presentazione.

Il voto finale è stato quindi sommato al voto di ammissione, precedentemente conseguito dal singolo concorrente. Al termine della "singolar tenzone" è stata quindi stilata una graduatoria che ha prodotto una classifica finale dal primo al terzo posto e con l'attribuzione di un quarto posto "ex aequo" a tutti gli altri concorrenti.

La vincitrice del primo premio è stata la dr.ssa Cristina De Luca del gruppo di Verona, con un lavoro dal titolo: "Ataxia in posterior circulation stroke: clinical-MRI correlations"; al secondo e terzo posto si sono classificati, rispettivamente, i dottori Emanuele Puca di Roma ("Ischemic stroke and genetic risk factors: a case control study") ed Enrico Adriano di Genova ("Treatments affecting conduction velocity of central myelinated fibers: results and a novel hypothesis").

La già notevole caratura scientifica è stata ulteriormente arricchita da altri due eventi: la prima Conferenza Nazionale sulla Neurologia d'Urgenza ed il Progetto di Formazione CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie) del Ministero della Salute avente per tema la Promozione dell'Assistenza all'Ictus Cerebrale in Italia ed in particolare la

Prevenzione Secondaria. Eventi entrambi che, oltre a richiamare alcuni tra i neurologi più noti e più rappresentativi sul piano scientifico nazionale, hanno rappresentato un opportunità di riflessione importante per i neurologi italiani sulla quotidiana gestione dell'Emergenza-Urgenza, nonché sulla possibilità di scrivere una pagina nuova in merito alle linee guida sulla neurologia d'urgenza.

Le emergenze sanitarie legate a patologie di interesse neurologico rappresentano una quota importante dell'attività dei Pronto Soccorso ed una sfida quotidiana per i Neurologi Ospedalieri che frequentemente rispondono a richieste di consulenze per patologie correlate all'emergenza e che vedono i ricoveri per patologie neurologiche considerate urgenti rappresentati in numero significativo e occupanti i primi posti rispetto ai dati assoluti.

Esiste in Italia una esperienza pluriennale che vede i Neurologi confrontarsi con le problematiche legate all'emergenza. Da questi incontri è nata la necessità di "sistematizzare" i comportamenti, condividerli, renderli univoci in qualsiasi realtà ci si trovi ad operare e renderli fruibili al maggior numero possibile di operatori.

In questo spirito si è posta appunto la prima Conferenza Nazionale sulla Neurologia d'Urgenza.

La novità, non solo in termini cronologici ma nel taglio e nella metodologia dell'organizzazione, ben caratterizza la originalità e lo spirito lavorativo cooperativo ed interattivo di questo evento. Esso ha rappresentato il momento finale di un lavoro affidato ad un esperto per ciascun argomento, co-











adiuvato da un piccolo gruppo che si è autodeterminato per scelte individuali dal più ampio gruppo storico della neurologia d'urgenza. Ciascun coordinatore si è avvalso della collaborazione di esperti del settore, condividendo, via internet, con il gruppo, una proposta offerta in sede di assemblea plenaria attraverso un contraddittorio con il "discussant". Il risultato finale è stato la validazione del percorso proposto sotto forma di un algoritmo diagnostico e terapeutico, con discussione e votazione in sede di conferenza.

Il Progetto di Formazione CCM del Ministero della Salute avente per tema la Promozione dell'Assistenza all'Ictus Cerebrale in Italia ed in particolare la Prevenzione Secondaria si è articolato, poi, in due sessioni, nelle quali alcuni, tra i maggiori esperti nazionali sulla prevenzione secondaria, hanno dibattuto le più recenti acquisizioni scientifiche sul tema, consentendo il confronto con i medici del territorio, specialisti e di base, in una visione che ha privilegiato al primo posto il paziente ed il care-giver, e che ha presentato indicazioni e stimoli per coloro che devono gestire anche le scelte di politica sanitaria.

Infine, l'edizione del Premio di quest'anno è stata grandemente impreziosita dal conferimento, ai tre lavori risultati vincitori, di una medaglia da parte dalla Presidenza della Repubblica Italiana, che ha così suggellato la definitiva consacrazione della manifestazione, inserendola a pieno titolo tra gli eventi di risonanza nazionale nel campo della ricerca sull'Ictus Cerebrale in Italia.

DIBATTITO

LA RISPOSTA DELLA MEDICINA AL FINE VITA: LA DESISTENZA TERAPEUTICA

di Cristiano Samueli*

Le decisioni di fine vita sono diventate motivo di interesse per l'opinione pubblica soprattutto dopo le tragiche vicende umane e giudiziarie di Piergiorgio Welby e di Eluana Englaro. Questi casi hanno prepotentemente evidenziato come ci siano delle carenze a livello legislativo, tanto che nel caso Englaro ci sono voluti più di diciassette anni di tribunali e tutti i gradi di giudizio prima che la Corte di Cassazione potesse dire una parola definitiva. Ma ancora di più si è reso evidente come ci sia una difficoltà di approccio alle problematiche di fine vita da parte della medicina. Infatti l'unica, anche se autorevole, presa di posizione su queste tematiche è stata del Consiglio Nazionale della FNOMCeO con il documento sulle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) redatto a Terni il 13 giugno 2009. L'importanza di tale documento risiede nel fatto che richiama il codice deontologico come fondamento dell'agire del medico nei confronti di un paziente in stato terminale quando dice che "il principio dell'obbligo di garanzia (beneficialità-non maleficità) viene infranto quando il medico, intenzionalmente e con mezzi idonei, opera per la fine della vita anche se ciò è richiesto dal paziente (eutanasia) o insiste in trattamenti futili e sproporzionati dai quali cioè fondatamente non ci si può attendere un miglioramento della malattia o della qualità di vita (accanimento diagnostico terapeutico). Il Medico lede altresì il principio di giustizia se trascura di offrire un progetto di cura efficace e proporzionato al miglioramento della malattia o della qualità di vita al paziente terminale o incapace o comunque fragile (abbandono terapeutico) e viola il principio di autonomia del cittadino se insiste nell'intraprendere o nel perseverare in trattamenti rifiutati dal paziente capace ed informato".

Partendo da queste considerazioni, si è posto il problema di definire i limiti che il medico ha o non ha nei confronti del paziente terminale per quanto riguarda l'approccio terapeutico. Finora il medico ha preso le decisioni nell'ambito del fine vita seguendo in parte i dettami del codice deontologico ma soprattutto basandosi molto sui propri convincimenti personali. Per sgombrare il campo da fraintendimenti, è di fondamentale importanza sapere che con il termine eutanasia si intende qualsiasi azione che porti intenzionalmente e deliberatamente a morte il malato per porre termine con esso alla sua sofferenza. Compreso quindi che i concetti di eutanasia ed accanimento terapeutico sono contrari alla deontologia medica ed alla legge, si è iniziato a sentire l'esigenza di un approccio scientifico e codificato alle problematiche di fine vita. Per fare questo serviva però partire da una valutazione etica che fondasse questo approccio. Il concetto etico di accompagnamento alla morte del malato terminale è stato sviluppato in tempi recenti soprattutto dal prof. Corrado Viafora dell'Università degli Studi di Padova. La strategia dell'accompagnamento consiste nel riconoscere i limiti della medicina decidendo di astenersi o interrompere trattamenti sproporzionati; spostare gli obiettivi terapeutici dal "guarire" al "prendersi cura", orientando gli interventi in un attento ascolto dei desideri del paziente; restare vicini al malato terminale dandogli la possibilità di esprimere i suoi sentimenti; rispettare il tempo del morire facendo fronte alla tentazione di affrettarne il decorso. A queste considerazioni si è aggiunto il concetto che quando un paziente non è più curabile e si constata il sicuro insuccesso dei trattamenti in atto, diviene addirittura doveroso desistere da quei trattamenti che hanno come unica conseguenza un penoso e inutile prolungamento dell'agonia del malato giunto alla fase terminale. Partendo da questi presupposti, si è giunti al concetto di desistenza terapeutica, termine che è stato mutuato dall'Anestesia-Rianimazione, ambito della medicina in cui per primo si è sentito il bisogno di affrontare queste problematiche in maniera globale. In questo settore infatti è molto più pressante e drammatico il problema delle decisioni di fine vita nei confronti di un paziente mo-

Quando si parla di desistenza terapeutica ci si riferisce all'accompagnamento verso la morte di un paziente morente e non al suo completo abbandono perché il medico continua comunque ad assistere il morente nelle fasi terminali della vita rispettandone la dignità. Infatti, nella desistenza rientrano la terapia del dolore, il supporto alle minime funzioni vitali e la socializzazione che ci deve essere fra medico, paziente morente ed anche familiari, creando un rapporto medico-

paziente chiaro ed efficace. Inoltre, spesso il morente è portato a pensare all'eutanasia perché vede nella morte l'unica soluzione alle sue sofferenze ed è per evitare questo che il medico che desiste deve prestare attenzione al paziente terminale perché sapendo affrontare questi momenti di grave difficoltà si aiuta il malato a recuperare il senso della sua condizione. Dunque nessun accanimento terapeutico ma nemmeno un abbandono definitivo della persona, perché il medico continua comunque ad assistere il morente rispettandone la dignità ma senza travolgerlo con trattamenti di nessuna utilità. Quindi la desistenza terapeutica si identifica nell'insieme delle seguenti istanze: cure palliative, riconoscimento del ruolo del malato terminale, sostegno alla famiglia, proporzionalità delle cure e decodifica delle richieste del paziente. Per questo la desistenza da trattamenti nel paziente giunto alla fase finale della sua malattia rappresenta la forma eticamente più appropriata di trattamento, rispettosa dei principi bioetici di beneficenza e non-maleficienza.

ATTUALITÀ

"ONE IN SIX"

Il 29 ottobre 2010 si è svolta in tutto il mondo la VI Giornata Mondiale contro l'Ictus cerebrale e "One in Six" ne è stata lo slogan, coniato dalla World Stroke Organization per ricordare che, indipendentemente dall'età o dal sesso, in una parte qualsiasi del mondo, 1 persona ogni 6 secondi viene colpita da ictus. In Italia, ogni giorno, l'ictus colpisce circa 660 persone.

A causa della sua elevata incidenza,



^{*} Presidente AIDeF (Associazione Italiana per le Decisioni di Fine Vita) www.desistenzaterapeutica.it



questa patologia costituisce un problema assistenziale, riabilitativo e sociale di enormi dimensioni.

Ogni anno, nel mondo, 15 milioni di persone sono colpite da ictus e di queste quasi 6 milioni muoiono. L'ictus è responsabile di più decessi all'anno di quelli attribuiti all'Aids, tubercolosi e malaria messi insieme ed è la seconda causa di morte per le persone di età superiore ai 60 anni. In specifico in Europa muoiono circa 650.000 persone all'anno e qui l'ictus rappresenta la prima causa di disabilità a lungo termine e la terza causa di morte. In Italia sono circa 200.000 le persone colpite da ictus ogni anno. Di queste, 40.000 muoiono entro breve termine (e rappresentano il 10-12% di tutti i decessi per anno) e altre 40.000 perdono completamente l'autosufficienza, cambiando radicalmente la loro vita e quella delle loro famiglie. Nel nostro Paese l'ictus costituisce la prima causa d'invalidità e la seconda causa di demenza con perdita dell'autosufficienza. In termini economici, il costo dell'assistenza si traduce in 3.7 miliardi, pari allo 0,25 del Prodotto Interno Lordo italiano. La diagnosi precoce e l'intervento adeguato comporterebbe una diminuzione del 20-30% di questo grave carico sociale ed economico.

Un altro dato drammatico è la diminuzione significativa dell'età dei pazienti colpiti da ictus. Non si tratta di una patologia che colpisce soltanto l'anziano. Dei 200.000 nuovi casi italiani,

circa 4.200 riguardano soggetti con età inferiore ai 45 anni.

In occasione della Giornata Mondiale contro l'Ictus Cerebrale, è stata presentata la ricerca realizzata da ALICe (Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale) Italia onlus, Fondazione Censis e Università degli Studi di Firenze, all'interno del progetto "Promozione dell'assistenza all'Ictus Cerebrale in Italia" finanziato dal CCM- Ministero della Salute, sul vissuto, i bisogni e i costi sostenuti dalle famiglie dei pazienti colpiti e sulla conoscenza di questa patologia. Quindi articolata in due differenti linee di lavoro.

Dall'indagine sull'impatto dell'assistenza, effettuata su circa 600 familiari di pazienti con disabilità, emerge come il carico assistenziale ricade soprattutto sulle famiglie. I caregiver, nella grande maggioranza dei casi donne (75,7% contro il 24,3% di uomini) e di solito la moglie o una figlia, convivono col malato nel 66,2% dei casi, comunque lo vedono per 6,6 giorni a settimana e prestano mediamente 6,9 ore al giorno di assistenza diretta. Inoltre, nel 55,7% dei casi non hanno più tempo libero e nel 77,8% la qualità della loro vita è peggiorata a causa dell'onere assistenziale. Circa il 43% delle famiglie al Nord e Centro assume una badante (il 28,8% al Sud e Isole), con una spesa mensile media di 951,40 euro al Nord Est (687,3 al Sud e Isole). L'inchiesta sul grado di conoscenza dell'ictus cerebrale, delle sue cause,

delle sue conseguenze e delle cure attualmente disponibili, effettuata mediante interviste telefoniche su un campione rappresentativo di circa 1.000 persone, ha messo in luce come questa patologia rimanga ancora, per moltissimi, e in particolare per i più anziani, una patologia quasi sconosciuta. Infatti il 77% degli intervistati pensa di sapere cos'è, ma tra loro è solo il 55,8% ad identificarlo correttamente come una malattia del cervello, mentre il 14,2% lo ritiene un tipo di infarto cardiaco e l'11,6% una malattia del sangue. La maggioranza identifica i sintomi specifici dell'improvvisa paralisi di un lato del corpo (il 68,7%) o della difficoltà a parlare o a comprendere (il 58,8%), ma non l'improvvisa cecità o problemi della vista (solo l'11%). Infine, solo il 26,2% conosce la trombolisi ed il 15% sa cosa è una Stroke Unit. Gli interventi preventivi mirati alla riduzione della pressione arteriosa e del fumo, alla promozione dell'attività fisica e di una dieta salutare riducono l'impatto dell'ictus in modo sostanziale. Inoltre, la tempestività delle cure è determinante per l'esito, ma in Italia soltanto il 40% delle persone colpite da ictus arriva in ospedale entro le prime 3 ore, tempo in cui la trombolisi fa la differenza. Da qui la parola d'ordine "One in Six" per sensibilizzare sul fatto che si potrebbe essere colpiti in prima persona dall'ictus, quindi è necessario fare prevenzione, riconoscere i sintomi e assicurarsi di ricevere le cure appropriate.

Percorsi culturali



Trattamento del libro. Strumenti del restauro: bisturi, spatole, forbici, pinza formanervi, guanti in lattice, mascherina, filo di cotone, colla, ecc. (Per gentile concessione del Museo dell'Istituto Centrale per il restauro e la conservazione del Patrimonio Archivistico e Librario)

Museo dell'Istituto Centrale di Patologia del Libro

Fondato da Alfonso Gallo (1890-1952, laureato in lettere e con studi di medicina, fondamentali per la formazione culturale e per la sua attività) nel 1938, è suddiviso in 3 sezioni: la prima mostra i materiali e le tecniche di manifattura utilizzate per la produzione del libro antico e moderno; la seconda i danni da diversi fattori (agenti fisici, agenti chimici e agenti biologici) e la terza le tecniche di conservazione e di restauro. Dal 2007 l'Istituto Centrale di Patologia del Libro si è unito con il Centro di Fotoriproduzione e Legatoria degli Archivi di Stato dando l'ICPAL.

Via Milano 76, 00184 Roma (Ingresso gratuito previo appuntamento telefonico: 06-482911) www.icpal.beniculturali.it/museo.html