



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



L'audizione In in Regione i vertici dell'Anao. Troppi accessi al Cardarelli, pressing sul commissario Polimeni

## I medici: rete dell'emergenza-urgenza da rivedere

**NAPOLI (anastasia leonardo)** - E' stato dedicato alle emergenze in campo sanitario il primo appuntamento in consiglio regionale dopo la pausa di pasqua. Incontro tra il Presidente della V Commissione Sanità **Raffaele Topo**, la consigliera **Loredana Raia** e i vertici dell'Anao aziendale dell'Ospedale Cardarelli che hanno ribadito la situazione di forte criticità in cui opera il personale sanitario del nosocomio napoletano. "Subito un decreto per dare il via, finalmente, alla rete di Emergenza-Urgenza. E' impensabile - hanno dichiarato i consiglieri Pd - che pazienti ricoverati presso altri ospedali siano trasferiti al Cardarelli per meri controlli, come è accaduto la scorsa notte e denunciato dal direttore dell'Unità coronarica del Cardarelli **Ciro Mauro**". La messa a regime della Rete dell'emergenza-urgenza permetterà di far fronte a tali anomalie e di non 'ingolfare' l'ospedale più grande del Sud, ha ribadito il presidente Topo. Inoltre i rappresentanti dell'Anao hanno chiesto un intervento affinché si superi la contraddizione tra il decreto n. 6 dell'11 febbraio

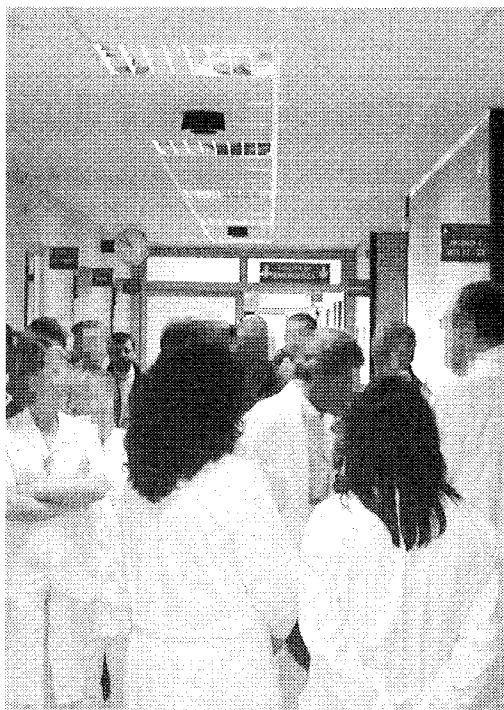


**Lello Topo e Loredana Raia**

La messa a regime della Rete dell'emergenza-urgenza permetterà di far fronte alle anomalie e di non 'ingolfare' l'ospedale più grande del Sud

scorso firmato dal commissario ad acta **Joseph Polimeni**, che prevede uno sblocco del personale al 70% e la nota diffusa dalla direzione regionale tutela della salute che invece parla di una quota non superiore al 65%. "Chiederemo al commissario alla Sanita' dei chiarimenti in merito affinché si vada oltre questa contraddizione e si proceda così con le assunzioni e le stabilizzazioni del personale sanitario - ha sostenuto il presidente Topo - Lo sblocco del turn over è indispensabile per il superamento delle criticità, per l'attivazione delle reti sanitarie di emergenza", ha ribadito il consigliere, al fine di ridurre la migrazione sanitaria e le liste d'attesa. "L'attuale congiuntura economica, con un avanzo di bilancio per il terzo anno consecutivo, offre alla Sanita' campana opportunità da non perdere. Accanto allo sblocco di 1200 assunzioni e stabilizzazioni - ha aggiunto la consigliera Raia - bisogna andare avanti anche con investimenti in nuove tecnologie e in edilizia sanitaria".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**IL SINDACATO DEI CAMICI BIANCHI**  
ha chiesto un intervento affinché si superino le contraddizioni in merito allo sblocco del turn over

# quotidianosanita.it

Martedì 29 MARZO 2016

## Ticket. Nel 2015 ci sono costati 2,857 miliardi tra farmaci, specialistica e pronto soccorso

***La compartecipazione fa però registrare una lieve diminuzione per i ticket extra farmaco (- 3,1%) mentre aumentano quelli per l'acquisto di medicinali (+ 1,3%). A livello procapite i ticket pesano 47 euro l'anno (calcolando anche gli esenti). Con punte di 61,6 euro in Veneto e 32,4 in Sicilia. Il calo più vistoso nelle Regioni in Piano di rientro. Ecco i dati della Corte dei conti.***

Nel 2015 gli italiani hanno pagato 2.857,4 milioni di ticket sanitari tra compartecipazione alla spesa farmaceutica, specialistica e per l'accesso al pronto soccorso nei casi non gravi (codice verde).

**Il dato è contenuto nell'ultimo rapporto della Corte dei conti sulla finanza pubblica [pubblicato nei giorni scorsi](#)** che mette in evidenza una leggera diminuzione (26,1 milioni in meno pari al -0,9%) dell'importo dei ticket rispetto al 2014, quando l'ammontare dei ticket sanitari era stato di 2.883,5 milioni.

La diminuzione si è registrata nonostante la spesa complessiva del Ssn nei due anni sia stata sostanzialmente la stessa. Anzi nel 2015 si è registrato un piccolo aumento (111,289 miliardi contro i 111,028 del 2014).

**La diminuzione dei ticket si è registrata in particolare nella compartecipazione alle prestazioni non farmaceutiche** che ha visto un decremento del 3,1% cui ha fatto riscontro invece un aumento di quella sull'acquisto dei farmaci dell'1,3%.

Complessivamente i ticket farmaceutici nel 2015 è stata di 1.454,3 milioni di euro tra quote fisse e differenza tra generico e branded, i ticket per le prestazioni specialistiche ambulatoriali hanno pesato per 1.403,1 milioni, quelli sul pronto soccorso per 43 milioni, più altri 14,4 milioni per le spese di compartecipazioni ad altre prestazioni sanitarie.

**A livello procapite gli italiani (calcolando anche quelli che il ticket non lo pagano perché esenti) hanno pagato 47 euro a testa**, di cui 23,9 per i farmaci e 23,1 per le altre prestazioni.

La quota procapite di ticket più alta si registra in Veneto con 61,6 euro a testa e in Valle d'Aosta con 59,5 euro. La più bassa in Sicilia con 32,4 euro e in Calabria con 36,7 euro.

**A livello di macro aree la media pro capite più alta si registra in quelle del Nord** con 51,4 euro per ogni cittadino residente, poi il Centro con 48,4 euro procapite e infine il Sud e le Isole con 40,3 euro a testa.

Le variazioni più significative nell'andamento dei ticket si sono registrate, in aumento, nella PA di Trento dove in un solo anni l'importo del ticket complessivo è incrementato del 28,4%. Mentre la diminuzione più vistosa si rileva in Piemonte con un decremento dell'8,8%.

**A livello macro è il complesso delle Regioni sottoposte a Piano di rientro che ha fatto registrare la maggiore diminuzione della compartecipazione** alla spesa dei cittadini con un decremento rispetto al 2014 del 2,6% che arriva al - 6.8% se si considerano solo i ticket extra farmaceutici (quelli sul

farmaco sono invece rimasti sostanzialmente invariati in queste regioni segnando un + 0.1%).

## I ticket sanitari nel 2014 e 2015

	2015 - (in milioni di euro)					
	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Ticket sul pronto soccorso	Ticket su altre prestazioni
	A+B	A	B=1+2+3	(1)	(2)	(3)
PIEMONTE	195,2	74,3	120,9	120,2	0,4	0,3
VALLE D'AOSTA	7,6	1,5	6,1	6,0	0,1	0,0
LOMBARDIA	489,0	258,6	230,4	221,8	8,5	0,0
P.A. BOLZANO	28,8	9,2	19,6	17,5	1,8	0,3
P. A. TRENTO	27,0	6,4	20,6	17,9	0,9	1,8
VENETO	303,5	126,7	176,9	164,4	11,4	1,1
FRIULI V.G.	61,9	16,7	45,2	42,3	0,6	2,4
LIGURIA	85,0	42,5	42,6	41,7	0,7	0,2
EMILIA ROMAGNA	231,5	71,6	159,9	152,9	7,1	0,0
TOSCANA	202,8	64,6	138,2	135,4	2,6	0,2
UMBRIA	45,4	16,9	28,5	28,1	0,5	0,0
MARCHE	68,9	25,9	42,9	42,6	0,3	0,0
LAZIO	267,5	146,7	120,8	117,0	0,4	3,5
ABRUZZO	66,6	31,5	35,1	30,9	1,1	3,1
MOLISE	13,8	9,0	4,9	4,9	0,0	0,0
CAMPANIA	231,9	181,5	50,4	48,7	0,1	1,5
PUGLIA	175,3	123,1	52,3	47,4	4,9	0,0
BASILICATA	24,8	14,5	10,3	10,3	0,0	0,0
CALABRIA	72,5	46,4	24,1	23,4	0,7	0,0
SICILIA	203,7	158,4	45,3	45,0	0,2	0,0
SARDEGNA	53,8	25,6	28,2	27,4	0,8	0,1
<b>Totale</b>	<b>2.857,4</b>	<b>1.454,3</b>	<b>1.403,1</b>	<b>1.345,7</b>	<b>43,0</b>	<b>14,4</b>
Regioni piano rientro	1.226,5	772,8	453,7	437,4	7,9	8,4
Altre regioni	1.630,2	680,9	949,4	908,3	35,1	6,0
Regioni Nord	1.429,7	607,6	822,1	784,7	31,4	6,0
RSO	1.304,3	573,7	730,6	701,0	28,1	1,6
RSS	125,4	33,9	91,5	83,7	3,3	4,5
Regioni Centro	584,6	254,2	330,4	323,0	3,7	3,7
Regioni Sud	842,4	591,9	250,6	238,0	7,9	4,7
RSO	584,9	407,9	177,1	165,5	6,9	4,6
RSS	257,5	184,0	73,5	72,4	1,0	0,1

2014 - (in milioni di euro)						variazione %			pro capite 2015 (in euro)		
Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Ticket sul pronto soccorso	Ticket su altre prestazioni	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)
A+B	A	B=1+2+3	(1)	(2)	(3)	A+B	A	B	A+B	A	B
214,1	75,1	139,0	135,3	0,9	2,8	-8,8	-1,1	-13,0	44,1	16,8	27,3
7,6	1,5	6,1	6,0	0,0	0,0	0,6	0,7	0,6	59,5	12,0	47,5
487,2	253,5	233,7	227,2	6,3	0,2	0,4	2,0	-1,4	48,9	25,9	23,0
28,3	9,0	19,3	17,1	1,9	0,3	1,9	2,6	1,5	55,5	17,8	37,7
21,1	4,3	16,8	15,4	1,1	0,2	28,4	49,4	22,9	50,3	12,0	38,3
308,3	126,9	181,3	169,6	10,9	0,9	-1,5	-0,2	-2,5	61,6	25,7	35,9
61,9	16,2	45,7	40,4	0,4	4,9	0,0	2,7	-1,0	50,4	13,6	36,9
85,6	42,3	43,3	42,7	0,6	0,0	-0,6	0,4	-1,6	53,7	26,8	26,9
230,4	69,4	161,0	154,3	6,7	0,0	0,5	3,2	-0,7	52,0	16,1	35,9
202,8	61,1	141,6	139,1	2,2	0,3	0,0	5,7	-2,4	54,0	17,2	36,8
44,3	16,1	28,2	27,8	0,5	0,0	2,5	5,2	1,0	50,8	18,9	31,9
69,2	25,0	44,2	43,9	0,3	0,0	-0,4	3,8	-2,9	44,4	16,7	27,7
271,4	146,5	124,8	112,0	0,4	12,5	-1,4	0,1	-3,2	45,4	24,9	20,5
67,0	30,7	36,3	30,1	1,2	5,0	-0,5	2,6	-3,2	50,1	23,7	26,4
14,2	9,0	5,2	5,2	0,0	0,0	-2,7	-0,8	-6,1	44,2	28,6	15,6
234,3	179,2	55,1	53,3	0,1	1,7	-1,1	1,3	-8,7	39,6	31,0	8,6
176,3	122,1	54,2	49,5	4,6	0,0	-0,6	0,7	-3,5	42,9	30,1	12,8
24,7	14,1	10,5	10,5	0,0	0,0	0,6	2,6	-2,1	43,0	25,2	17,9
74,7	47,9	26,8	25,8	1,0	0,0	-3,0	1,0	-10,1	36,7	24,3	12,2
207,1	161,7	45,4	45,2	0,1	0,0	-1,7	-2,0	-0,3	40,0	31,1	8,9
53,1	24,2	28,9	27,9	0,6	0,3	1,4	5,7	-2,3	32,4	15,4	17,0
2.883,5	1.436,1	1.447,4	1.378,3	40,0	29,1	-0,9	1,3	-3,1	47,0	23,9	23,1
1.259,2	772,3	486,9	456,3	8,5	22,1	-2,6	0,1	-6,8	42,3	26,7	15,7
1.624,3	663,8	960,6	921,9	31,6	7,0	0,4	2,6	-1,2	51,2	21,4	29,8
1.444,5	598,4	846,1	808,0	28,9	9,2	-1,0	1,5	-2,8	51,4	21,9	29,6
1.325,7	567,3	758,3	729,0	25,4	3,9	-1,6	1,1	-3,7	51,4	22,6	28,8
118,8	31,1	87,7	79,0	3,4	5,3	5,5	9,1	4,3	52,0	14,1	37,9
587,6	248,7	338,9	322,8	3,3	12,8	-0,5	2,2	-2,5	48,4	21,0	27,3
851,4	589,0	262,4	247,5	7,8	7,1	-1,1	0,5	-4,5	40,3	28,3	12,0
591,3	403,1	188,1	174,3	7,1	6,7	-1,1	1,2	-5,9	41,3	28,8	12,5
260,2	185,9	74,3	73,1	0,8	0,4	-1,0	-1,0	-1,1	38,1	27,2	10,9

**Fonte:** Elaborazione Corte dei conti su dati NSISS e Aifa

**Nota:** i dati relativi ai primi 11 mesi del 2015 sul ticket farmaceutico di fonte Aifa sono stati "portati" ad anno sulla base dell'ipotesi di invarianza dei comportamenti di consumi del 2014 per l'ultimo mese mancante

**La Corte: ticket troppo elevati favoriscono lo spostamento verso il privato.** La Corte dei conti rileva che secondo quanto previsto nel Patto per la salute, il nuovo sistema di compartecipazione "deve muovere tenendo conto della condizione economica dell'assistito o del nucleo di appartenenza e, al contempo, assicurare l'invarianza del gettito derivante dalla partecipazione alla spesa a livello nazionale".

"La revisione del sistema deve, quindi – sottolinea la Corte - prendere in considerazione diversi aspetti: promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni e, quindi, di favorirne una richiesta più appropriata; garantire un gettito finanziario adeguato per le regioni evitando al contempo che livelli di compartecipazione troppo elevati (specie nella specialistica) favoriscano lo spostamento dal Servizio Sanitario Nazionale verso strutture sanitarie private, minando la stessa possibilità di garantire livelli di assistenza adeguati".

"La scelta del Reddito equivalente (RE) per la valutazione della situazione economica dell'assistito, almeno nel breve periodo – concludono i magistrati contabili - dovrebbe renderne più facile l'utilizzo. Esso sarebbe basato sulla somma dei soli redditi prodotti dal nucleo familiare fiscale (non anagrafico), corretta su una scala di equivalenza per tenere conto della numerosità del nucleo, e risultanti presso l'Agenzia delle entrate".

# Sanità24

DAL GOVERNO

## Spesa Ssn, Corte conti: gli italiani i più “tassati”

di Roberto Turno (dal Sole 24 Ore di oggi)



La farmaceutica territoriale “pura” (acquisti in farmacia) in calo di 172 mln, quella in ospedale che esplode a +1,7 mld. Gli acquisti di beni e servizi che segnano il top di incremento con +8,6% in dodici mesi a quota 17,26 mld con i dispositivi medici a 5,75 mld per un rosso rispetto al budget di 957 mln. Assistiti che pagano 2,8 mld di ticket vari e altri 1,018 mld per la libera professione intramoenia dei medici. E ancora, anticipa oggi Il Sole 24 Ore: costi del personale in discesa dell'1,08% (a 34,6 mld) e quelli dell'ospedaliera (8,77 mld) sostanzialmente stabili a +0,75%. Ecco chi vince e chi perde nel pre-consuntivo 2015 del Servizio sanitario nazionale. È della Corte dei conti, nel

«Rapporto 2016 di coordinamento della finanza pubblica», la prima analisi già nel dettaglio dell'andamento finanziario, ma non solo, del Ssn nel 2015.

### **Rosso da 1 miliardo**

Un bilancio, ammette la stessa magistratura contabile, che conferma come il Ssn, nonostante la lunga traversata di tagli di questi anni, non sia da considerare più (o solo) un “colabrodo”. I risultati di esercizio del 2015 hanno segnato perdite (prima delle coperture locali) poco sopra il miliardo contro gli 870 mln dell'anno prima. Ma comunque quasi dimezzate rispetto al 2013. Risultato che addirittura sarebbe in positivo di 346 mln se i tavoli di monitoraggio confermassero le coperture contabilizzate nei conti economici. Tra il 2009 e il 2013 c'è stata in Italia per la sanità una riduzione di risorse di 1,6 punti all'anno, mentre in Germania è salita del 2% e in Francia dell'1%, con una spesa pubblica che da noi è del 7,1% sul Pil contro l'8,7 della Germania e il 9 della Francia. Un gap in costante aumento. Che ci ha visto intanto migliorare nelle regioni in piano di rientro, anche se naturalmente ancora non basta, anzi. Con miglioramenti nei confronti dei nostri partner europei per la riduzione dei ricoveri inutili o nel tasso di occupazione dei posti letto negli ospedali. Sforzi e passi in avanti - moltiplicati oltre che dai tagli, anche dai mancati e necessari investimenti - che però, nota la Corte dei conti, stanno comportando «la crescita dei casi di rinuncia alle cure da ricondurre a ragioni di costo e alle liste d'attesa».

## **Salute a rischio**

Le classiche due facce della medaglia: spendere meno (e risparmiare) ma col rischio di ridurre la tutela della salute. Un allarme che però non deve far perdere di vista il risultato del risanamento e dell'equilibrio finanziario del sistema, sottolinea il «Rapporto». Lo dicono gli andamenti delle singole voci di spesa sanitarie. Lo confermano «i consistenti “output gap” sanitari», nelle regioni in piano di rientro, ovvero da Roma in giù. Dove si dimostra «quanto sia urgente riuscire a destinare a un adeguamento dell'offerta le risorse ottenibili dal riassorbimento di inefficienza ed eccesso di costi ancora presenti». Con le regioni in regola con i conti che hanno sempre meno da “limare”. I farmaci innovativi che arrivano col misurino e comporteranno costi sempre più insostenibili. Un sistema dei ticket che va cambiato alla radice. E gli Italiani che pagano sempre più di tasca propria (o non si curano). Per dire: il contributo richiesto agli italiani secondo gli ultimi raffronti del 2013 era del 3,2% della spesa complessiva, contro l'1,8% richiesto ai tedeschi e all'1,4% ai francesi. Peggio di noi soltanto in Portogallo (3,9%), in Spagna e Grecia (3,4%). Le classifiche negative tornano sempre.

Non seguono il codice dei contratti. Chiarimenti dell'Anac

## *Appalti pre-commerciali per la sanità e l'energia*

**L**a procedura dell'appalto pre-commerciale, caratterizzata dall'aleatorietà dei risultati e dall'esclusione dall'applicazione delle regole del codice dei contratti pubblici, è strumento di particolare efficacia nel settore della sanità e dell'efficienza energetica; caratteristiche peculiari sono l'aleatorietà dei risultati e il cofinanziamento da parte del privato. Lo ha affermato l'Autorità nazionale anticorruzione con il comunicato del 9 marzo 2016 che prende in esame i cosiddetti appalti pre-commerciali, quegli appalti pubblici esclusi dall'applicazione delle procedure di affidamento previste dal codice dei contratti pubblici, che tipicamente hanno ad oggetto servizi di ricerca e sviluppo tecnologico.

**L'Anac chiarisce che fra tutti i servizi di ricerca e sviluppo** gli appalti pre-commerciali si distinguono per alcune peculiarità: la condivisione dei rischi e dei benefici alle condizioni di mercato tra acquirente pubblico e soggetti aggiudicatari per lo sviluppo di soluzioni innovative, non già presenti sul mercato; la clausola di non esclusiva, in funzione della quale la stazione appaltante non riserva al suo uso esclusivo i risultati derivanti dalle attività di ricerca e sviluppo e il cofinanziamento da parte delle imprese aggiudicatarie. L'aleatorietà del raggiungimento dello scopo obiettivamente e intrinsecamente aleatorio (non deve sussistere certezza dell'effettiva riuscita della ricerca) e non possono essere diretti alla realizzazione di soluzioni la cui ripetibilità è assicurata dall'esistenza di soluzioni offerte dal mercato già prima dell'indizione della gara; essi devono essere rivolti, infatti, allo sviluppo di una soluzione non disponibile o non pienamente disponibile sul mercato. Più precisamente, con l'appalto pre-commerciale la ricerca è mirata a un progetto altamente innovativo, più difficile

da gestire rispetto a situazioni nelle quali l'elemento della innovatività è presente ma assai limitato; si tratta, dice l'Anac, di appalti che si realizzano «in un progresso scientifico ottenuto nei vari campi delle scienze naturali o sociali nelle tre aree della ricerca e sviluppo, ovvero: ricerca di base, ricerca applicata e sviluppo sperimentale».

**Non rientrano invece nella categoria di appalto pre-commerciale quei servizi di ricerca e sviluppo** che sono svolti in modo permanente e sono funzionali all'esercizio delle attività ordinarie della pubblica amministrazione, come i servizi di consulenza, di formazione e ausili che soggiacciono all'applicazione delle ordinarie regole del codice previste per gli appalti di servizi. Il comunicato del presidente dell'Anac, **Raffaele Cantone** chiarisce che la procedura di appalto pre-commerciale non può essere ammessa allorché l'appalto risulti finalizzato in prevalenza all'acquisto di forniture o lavori di ricerca e sviluppo e non già di servizi di R&S, nell'ambito dei quali l'oggetto della prestazione è rappresentato dallo svolgimento di attività di ricerca e sperimentazione o quando il valore dei prodotti oggetto delle attività di ricerca sia prevalente, cioè superiore al 50% del valore dell'appalto del servizio di R&S. In questo caso, si devono applicare le regole ordinarie. Invece per gli appalti pre-commerciali si devono applicare i principi comunitari di apertura alla concorrenza, non discriminazione, economicità, efficacia, concorrenza, parità di trattamento e imparzialità, trasparenza e pubblicità e proporzionalità.

— © Riproduzione riservata — ■

*I tagli vanno fatti. Ma se non si interviene sugli sprechi, si mutilano le spese utili*

## Sanità: dove si deve tagliare

*Nino Cartabellotta spiega dov'è conveniente intervenire*

DI CARLO VALENTINI

«**L**a sanità pubblica è vicina al collasso poiché si trova tra l'incudine di una drastica riduzione della spesa pubblica e il martello di un non intervento sull'organizzazione del sistema, quindi si sommano i minori fondi ai tanti sprechi. Ovvio che ci si venga a trovare sull'orlo del baratro. La percentuale del prodotto interno lordo destinato alla spesa sanitaria è inferiore in Italia alla media Osee ed è la più bassa tra i paesi del G7 mentre ormai gli italiani sono secondi solo rispetto agli americani nella spesa privata per la sanità. Quindi il sistema pubblico si è progressivamente sbarazzato di una consistente quota di spesa, scaricandola sui cittadini.

Dal 2012 al 2015 le varie manovre finanziarie hanno tagliato al settore oltre 30 miliardi di euro e nel 2016 stanno avvenendo altri tagli. Il fatto è che non si affronta il problema con la necessaria lucidità, si taglia dove capita per risparmiare e non per razionalizzare»: **Nino Cartabellotta** è un medico chirurgo che si occupa più di organizzazione sanitaria che dello stato di salute dei pazienti, sostenendo che una buona organizzazione è la base per una diagnosi e una cura efficaci.

È a capo di Gimbe, una fondazione che analizza i costi, le modalità di gestione ed è impegnata in corsi di formazione continua con l'intento di migliorare il funzionamento del servizio sanitario. Ha lanciato l'hashtag #salviamoilserviziosanitario, non chiedendo maggiori finanziamenti pubblici ma una loro finalizzazione verso l'efficienza del monstre sanitario.

**Domanda. Quanti finanziamenti sarebbe possibile recuperare evitando gli sprechi?**

**Risposta.** La fondazione che dirigo ha mappato gli sprechi e concluso che almeno 25 miliardi potrebbero essere recuperati intervenendo sulle inefficienze. Perciò la sostenibilità del servizio sanitario nazionale è strettamente legata, in questa fase di risorse limitate, al disinvestimento laddove si registrano sprechi e inefficienze. In assenza di una strategia per aumentare il valore del denaro investito non si uscirà dal *cul de sac* in cui si è venuta a trovare la sanità, ovvero occorre intervenire laddove la spesa sanitaria non produce alcun ritorno di salute.

Esempi concreti? Oltre 10 miliardi se ne vanno in sovra e sotto-utilizzo di esami di laboratorio e strumentali, farmaci e altre terapie, visite specialistiche, ricoveri, 2-3 nell'inadeguato coordinamento tra assistenza ospedaliera e territoriale, 3 in complessità amministrative conseguenti anche alla limitata informatizzazione, oltre 4 in acquisti a costi eccessivi di beni e servizi, 5-6 miliardi in corruzione.

**D. Però appare più semplice individuare il male che affrontarlo...**

**R.** Infatti. La legge di stabilità 2016 ha imposto alle Regioni di concorrere al risparmio della finanza pubblica per 3,98 miliardi nel 2017 e 5,48 per gli anni 2018 e 2019.

Di conseguenza, sotto la regia del ministero della Salute, le Regioni sono chiamate ad avviare un rigoroso processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze, responsabilizzando e coinvolgendo le aziende sanitarie e queste, a cascata, professionisti sanitari e cittadini. In alternativa, difficilmente i tagli per la sanità non saranno lineari (e quindi saremo alle solite) perché sarà il governo a decidere dove tagliare (così prevede la legge di stabilità).

Se per alcune categorie di sprechi le istituzioni sembra si stiano finalmente muovendo

nella giusta direzione, almeno a livello normativo (anticorruzione, criteri di selezione dei direttori generali, acquisti centralizzati, patto per la sanità digitale), rimangono ancora un lontano miraggio la riorganizzazione integrata tra ospedale e cure primarie, fortemente legata alle politiche sanitarie regionali, e l'avvio del coinvolgimento dei professionisti nel definire in maniera condivisa servizi e prestazioni sanitarie in cui disinvestire, cioè l'identificazione degli interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal basso valore, che riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano i rischi e determinano un ingente spreco di risorse.

**D. Sarebbe utile il ritorno di alcune competenze sanitarie dalle Regioni allo Stato?**

**R.** È stata persa un'occasione per ridare un ruolo centrale allo stato. L'articolo 117 della riforma costituzionale approvata dal Senato in gennaio assegna allo Stato «la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» e prevede «le disposizioni generali per la tutela della salute, per le politiche sociali, per la sicurezza alimentare», mentre alle Regioni viene attribuita la competenza specifica in materia di «programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali».

Quindi niente sanità allo stato. Con la riforma è stata inoltre introdotta la cosiddetta clausola di salvaguardia attraverso cui lo stato può intervenire, su proposta del governo, in materie non riservate alla legislazione esclusiva qualora lo richieda la «tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale». Essa quindi non include la tutela della salute. In pratica lo Stato non recupera il diritto a esercitare i poteri sostitutivi nei confron-

ti delle Regioni inadempienti nell'attuazione dei livelli essenziali di assistenza.

Tutto ciò rende sempre più evanescente il ruolo dello stato quale garante della tutela della salute delle persone, secondo quanto previsto dall'articolo 32 della costituzione. Nella realistica impossibilità di resuscitare una sanità centralista la partita è quindi nella mani del ministero della Salute che deve potenziare gli strumenti di indirizzo e verifica sui 21 sistemi regionali per garantire equità d'accesso a tutte le persone e coordinare il processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze.

**D. C'è chi propone, di fronte alle difficoltà del sistema sanitario pubblico, di realizzare un sistema misto pubblico-privato o addirittura del tutto privato come quello americano...**

**R.** In assenza di una *governance* istituzionale finalizzata a definire le modalità con cui il cosiddetto «terzo pilastro» dovrebbe integrare il finanziamento pubblico della sanità, l'intermediazione assicurativa si sta subdolamente insinuando tra le incertezze delle istituzioni e i bisogni dei cittadini. Il rischio è perdere lentamente ma silenziosamente il modello di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico.

Se il processo non viene governato si verificherà un aumento delle diseguaglianze sociali, della medicalizzazione della società e della spesa sanitaria totale, oltre al peggioramento degli esiti di salute di una fascia non piccola della popolazione.

Twitter: @cavalent

© Riproduzione riservata



Redazione Napolitan

# LA CAMPANIA NEGA PER LEGGE UNA SCELTA TERAPEUTICA ALLE PERSONE CON AUTISMO

di Redazione Napolitan / 0 Commenti / 0 Visite / 1 aprile, 2016



«La Campania è una regione nella quale si è scelto per legge di negare una scelta terapeutica alle persone con autismo. E' una situazione incredibile e probabilmente unica in Italia, una scelta normativa che avvantaggia chi pratica il metodo di Analisi Comportamentale Applicata (ABA), ma che di certo non è utile ai cittadini-pazienti». A due giorni dalla IX Giornata Mondiale della Consapevolezza dell'Autismo è una critica molto dura quella che arriva

dal dottor Francesco Bianco (membro del consiglio direttivo ISAAC ITALY, Società internazionale per la comunicazione aumentativa alternativa) su quella che viene definita «una incomprensibile condizione di diseguaglianza della nostra regione».

La polemica riguarda in particolare le “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione finanziario per il prossimo triennio” promulgate a gennaio. «Dal 2016 al 2018 – spiega il dottor Bianco – nella Legge di stabilità regionale viene affrontato l’intervento per le persone con autismo indicando come unica possibilità terapeutica l’adozione del metodo Analisi Comportamentale Applicata (ABA) come metodologia a cui ispirare tutti gli interventi, è una metodologia anche valida, ma non può essere l’unica scelta». Sparisce insomma un approccio molto noto, e consigliato a livello internazionale: la “Comunicazione Aumentativa Alternativa” nel complesso delle terapie cognitivo- comportamentali che sono prescritte nelle linee guida italiane.

Questa decisione ha scatenato polemiche e perplessità non solo tra le famiglie ma anche e soprattutto tra gli addetti ai lavori. Per «La scelta di ricondurre la totalità degli interventi rivolti ai soggetti affetti da autismo al solo metodo ABA – dice Goffredo Scuccimarra, segretario regionale per l’area campano-molisana della Società Italiana di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (Sinpia) è oltre che priva di fondamento scientifico, capace di generare effetti pregiudizievoli sui pazienti, e sulle loro famiglie. Questa decisione non sembra tenere conto della complessità e dell’eterogeneità che caratterizzano i disturbi dello spettro autistico e delle evidenze scientifiche che dimostrano l’efficacia di altri approcci mediati dai genitori, di supporto per la comunicazione sociale e

l'interazione, basati su programmi educativi, di terapia cognitivo-comportamentale».

## Giornata mondiale Autismo: promuovere accoglienza, ricerca e sostegno alle famiglie

**Il Pontificio  
consiglio della  
salute: favorire  
l'inserimento  
lavorativo di  
queste persone**

**PAOLO FERRARIO**  
MILANO

**P**alazzi delle istituzioni illuminati di blu e l'impegno a fare sempre di più e meglio per le famiglie che, tutti i giorni, assistono un parente autistico. Sono state tante, ieri, le iniziative in occasione della nona Giornata mondiale della consapevolezza dell'autismo, patologia che colpisce nel mondo un bambino ogni 160 e interessa circa 100mila minori in Italia.

Favorire l'accoglienza e promuovere la ricerca, sono state le due esortazioni contenute nel messaggio del presidente del Pontificio consiglio della pastorale degli operatori sanitari, l'arcivescovo Zygmunt Zimowski. Il presule ha sottolineato la necessità di «favorire l'accoglienza, l'incontro, la solidarietà, in una concreta opera di sostegno e di rinnovata promozione della speranza, tenendo conto soprattutto del fatto che l'autismo si protrae per tutta la vita. Ne deriva – ha ricordato Zimowski – che solo l'alleanza tra i settori sanitario, socio-sanitario ed educativo, nonché l'inserimento, ove possibile, in attività lavorative per accrescere l'auto-

nomia personale, possono assicurare la continuità della presa a carico lungo l'arco della vita di questi nostri fratelli e sorelle».

Sulla necessità di «sostenere la ricerca a tutto campo» ha insistito la deputata di Area Popolare, Paola Binetti.

«Certamente – ha sottolineato – non siamo in grado di predire quando la scienza ci offrirà la chiave giusta per interpretare il mistero-autismo nelle sue cause, genetiche ed ambientali. Non siamo neppure in grado di immaginare quando le grandi case farmaceutiche potranno offrirci farmaci ad hoc. Ma siamo in grado di lavorare positivamente sul piano della formazione e della abilitazione-riabilitazione; e siamo in grado inoltre di predisporre una lista di buone pratiche messe a fuoco in famiglia, in vari contesti sociali e perfino nel lavoro». Iniziative che, come ricordato dal presidente del Consiglio nazionale degli assistenti sociali, Gianmario Gazzì, hanno contribuito a far sì che l'autismo oggi non sia più un «tabù». «Fino a pochi anni fa – ricorda Gazzì – di questa patologia si parlava poco e quasi con un senso di imbarazzo e di vergogna; le famiglie erano e si sentivano sole, la scienza non faceva quasi nessun passo in avanti. Ora il clima sembra davvero cambiato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*MINSALUTE*

## Prescrizioni limitate, test alleggerito

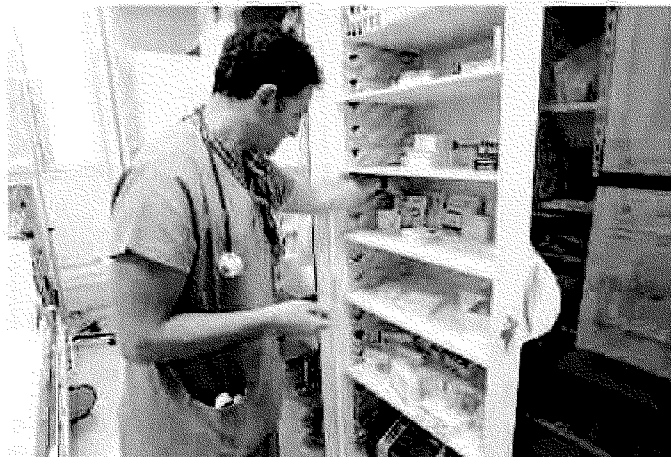
Boccata d'ossigeno per medici e malati. Nella fase di sperimentazione del «decreto appropriatezza», le restrizioni sulle prescrizioni di esami non si applicheranno ai pazienti oncologici, cronici o invalidi. Non solo. Per i medici non ci saranno sanzioni e si procederà al monitoraggio sulle criticità e le difficoltà prescrittive. L'annuncio è arrivato dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici guidata da Roberta Chersevani a seguito della firma, da parte del ministro della salute Beatrice Lorenzin, della circolare sull'applicazione del dm 9 dicembre 2015. In particolare, nel documento di prassi del dicastero si legge che «tenuto conto delle osservazioni fatte pervenire dalla Fnomceo, si ritiene condivisibile che la futura revisione del Decreto debba chiarire come la definizione delle condizioni di erogabilità di prestazioni appropriate rappresenti un atto programmatico distinto dall'appropriatezza clinica, attinente alla qualità dell'atto professionale, da valutare con gli strumenti della revisione tra pari e che deve tener conto delle interazioni proprie della relazione di cura».

## Sanità pubblica, i conti non tengono Mancano dieci miliardi di euro

Negli ospedali il 50% dei macchinari è obsoleto. E spendiamo 1 miliardo in farmaci griffati

**PAOLO RUSSO**  
ROMA

I nuovi macchinari per la radioterapia che riescono a colpire con precisione chirurgica le cellule tumorali al punto da poter fare a meno del bisturi costano dai 2 ai 6 milioni di euro. Restano un miraggio per gli ospedali d'Italia, dove la metà dei macchinari è obsoleta. Da Oltreoceano stanno sbarcando le superpillole contro Aids, tumori, Alzheimer e altri gravi malattie. Il costo medio è di 100 mila euro a ciclo terapeutico. Troppi per poterli garantire a tutti quelli che ne hanno bisogno. E poi c'è una popolazione che invecchia ma mica tanto bene se, come afferma la relazione sullo stato sanitario del Paese, gli anni di disabilità che ci attendono sono ben 16. Ed anche questi sono costi.



MARCO DONA/FOTOGRAMMA

**Sforamento**  
Per i farmaci ospedalieri siamo fuori di 1,7 miliardi

Dopo aver fatto i conti con l'emergenza pensioni, per l'Italia sembra giunto il momento di mettere mano alla questione sanità.

«La selezione è già in atto non solo per i farmaci ma anche nella chirurgia. Nell'efficiente Lombardia abbiamo liste d'attesa di nove mesi perché non ci sono soldi né per i dispositivi chirurgici, né per pagare gli anestesisti» dice Francesco Longo, economista sanitario della Bocconi, che di vie di uscita ne vede una sola: «Portare il livello di finanziamento al livello dei Paesi europei con i quali dovremmo confrontarci». Come la Germania, dove la spesa sanitaria pubblica è di 2500 euro a cittadino contro i nostri 1800. Di miliardi in più, secondo l'economista, ne occorrerebbero 10.

Di sicuro con una sanità integrativa ferma al palo e un sistema di ticket che esenta oltre la metà della popolazione i 111 miliardi di oggi sembrano non bastare più. Se n'è accorta la Corte dei Conti, che vede nel 2015 un rosso da un miliardo nei conti della sanità, dopo anni di tenuta a suon di addizionali Irpef regionali. E vede rosso anche l'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco che indica in un miliardo e 700 milioni lo sfioramento della spesa farmaceutica ospedaliera, quella dove finiscono i medicinali più innovativi e costosi. E se il piatto piange oggi figuriamoci domani quando i superfarmaci saranno molti di più. Bisognerebbe risparmiare sui medicinali più datati, quelli con il brevetto scaduto venduti come generici. Ma sarà la potenza del marketing farmaceutico o la diffidenza degli italiani, da noi il farmaco grif-

## Salta la stretta sugli esami "inutili"

**ROMA**

Dietrofront della Lorenzin sul decreto che avrebbe dovuto mettere un freno ad analisi e accertamenti diagnostici inutili. Nell'uovo di Pasqua medici e assistiti hanno trovato un bel colpo di spugna alle sanzioni a carico dei camici bianchi e ai limiti prescrittivi per malati oncologici, cronici e disabili. Oltre che un allentamento dei vincoli per risonanze, colesterolo, trigliceridi ed altri accertamenti.

Il decreto che doveva porre un freno a 203 tra analisi, esami diagnostici e test genetici ad alto rischio di «inappropriatezza» è stato declassato a semplice «sperimentazione»

dalla circolare diramata in questi giorni dal Ministero. Il provvedimento avrebbe dovuto portare in dote 120 milioni di risparmi il primo anno, molti di più in quelli a venire.

La circolare lascia le mani libere ai medici non solo a qualsiasi esame riguardo malati oncologici, cronici e disabili ma anche su alcuni accertamenti specifici, come la risonanza alla colonna, estesa ora a molti più casi. La fase di sperimentazione servirà anche ad adeguare i sistemi informatici, visto che le nuove ricette elettroniche non prevedevano spazi per le note che limitano la prescrizione delle 203 prestazioni. **[PA. RU.]**

© BY NC ND AL CUNI DIRITTI RISERVATI

fato la fa ancora da padrone. Tant'è che in un anno abbiamo speso di tasca nostra quasi un miliardo di euro per pagare la differenza di prezzo tra il generico e la pillola «di marca», pur di restare fedeli a quest'ultima.

Contraddizioni che ritroviamo anche nel pianeta ospedali, dove si preferiscono spendere soldi per centinaia di reparti con più medici che pazienti, come dimostrano i rapporti dell'Agenas (l'Agenzia per i servizi sanitari regionali), piuttosto che acquistare tecnologia. Le apparecchiature diagnostiche obsolete sono 6400, con il 72% dei mammografi e il 76% dei sistemi radiografici datati più di 10 anni, racconta un recente rapporto di Assobiomedica. Del resto basta vedere la storia dei «chirurgi robot». Sbandierati come la nuova frontiera della chirurgia e capaci di abbattere la percentuale di errore, restano fuori dalla sale operatorie, se non per interventi a pagamento, visto che le tariffe di rimborso agli ospedali non tengono conto dei 9mila euro in media di costo aggiuntivo.

E non è che nel territorio le cose vadano meglio. Secondo la Bocconi dei 2 milioni e mezzo di disabili, l'80% si arrangia da sé in assenza di assistenza domiciliare.

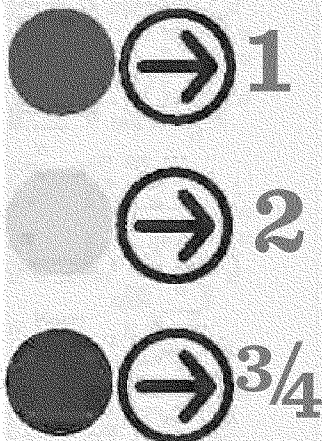
Scricchiolii sinistri di un pezzo del nostro welfare che continuiamo a chiamare universalistico ma che è già diventato selettivo. A discapito dei più deboli.

© BY NC ND AL CUNJ DIRITTI RISERVATI

## Diciamo addio al codice rosso Ora diventerà un numero

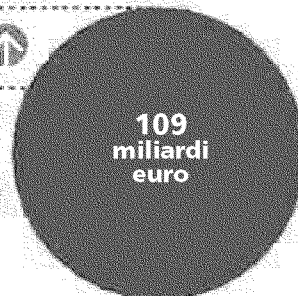
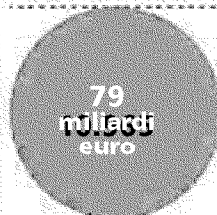
Triage in pronto soccorso, si cambia: i quattro «codici colore» (bianco, verde, giallo e rosso) per l'accesso alle cure saranno dismessi progressivamente, a partire dall'estate, e sostituiti da codici numerici ritenuti più funzionali: tanto più dato il proliferare nel tempo di codici colorati assegnati ad altre categorie, dall'«argento» per gli anziani al «rosa» per le vittime di violenza, con il rischio di confusioni. La riforma del Ministero si accompagnerà ad una tempistica più precisa per l'assistenza dei Dea, in base alle criticità, e a corsi di formazione per gli infermieri.

© BY NC ND AL CUNJ DIRITTI RISERVATI



### SPESA SANITARIA CORRENTE

+30,2 miliardi



3%  
Tasso di crescita medio annuo

1,7%  
Tasso di crescita medio annuo Pil 2002-2013

Fonte: MEF

Sfondamento spesa sanitaria 2015 (dati preconsuntivo Corte dei Conti):

1 miliardo

Sfondamento spesa farmaci ospedalieri (Innovativi):

1,7 miliardi

Spesa cittadini per comprare farmaci griffati anziché generici gratuiti:

912 milioni



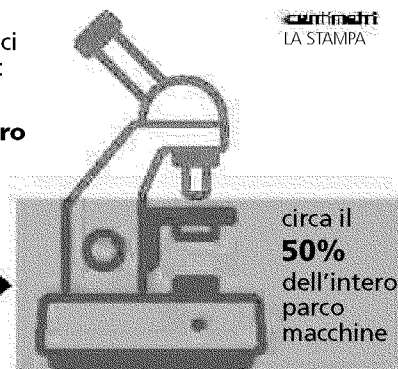
Costo medio di nuovi super farmaci per ciclo terapeutico:

100 mila euro

Macchine per esami diagnostici obsolete:

6.400

Fonte: ASSOBIOMEDICA





**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



**CAOS SANITÀ** Un paziente sistemato su una lettiga lo vede e lo abbraccia: poi scoppia a piangere

## Blitz di De Luca al Cardarelli: «Barelle, spettacolo indegno»

«Cose da quarto mondo, intollerabile che la direzione abbia consentito tutto ciò»

DI **MARIO PEPE**

**NAPOLI.** Medici, infermieri e pazienti del Cardarelli lo vedono apparire nei corridoi e quasi non credono ai loro occhi. L'ospite inatteso, però, non perde troppo tempo nei convenevoli. Va per i reparti, osserva tutto, poi sbotta: «C'è una situazione da quarto mondo». Vincenzo De Luca sceglie il sabato per un blitz al nosocomio collinare. Quello che gli balza subito agli occhi sono le lettighe nei passaggi comuni. «Ho rilevato, in particolare a Medicina d'urgenza, i corridoi pieni di barelle con pazienti in condizioni di promiscuità, immagini da quarto mondo, indegne di un paese civile - attacca -. Entro dieci giorni avremo una riunione con i responsabili dei reparti del Cardarelli e poi con i dirigenti degli altri ospedali napoletani: la soluzione di questi problemi e quindi l'eliminazione delle barelle dai corridoi è una priorità assoluta insieme a una reale organizzazione del servizio».

**L'IMPEGNO DELLA REGIONE CAMPANIA.** De Luca annuncia che «il nostro impegno è di eliminare prima dell'estate questa vergogna». Anche perché, aggiunge, «è intollerabile che la direzione del Cardarelli abbia consentito il permanere di questa situazione, mantenendo reparti al di sotto dei livelli minimi di dignità richiesti da una struttura pubblica. Non si può non registrare una prova di totale inadeguatezza dei responsabili di questa struttura. Sono situazioni incompatibili con la nuova organizzazione della sanità a cui stia-

mo lavorando». De Luca aggiunge di aver ringraziato «il personale medico e infermieristico che è impegnato nell'assistenza in condizioni drammatiche. Ho incontrato pazienti e familiari che con grande compostezza in condizioni al limite della civiltà hanno mantenuto un atteggiamento di grande dignità». Dopo aver constatato con i propri occhi la situazione, De Luca decide di convocare per la prossima settimana tutti i responsabili delle diverse strutture del Cardarelli per cercare di trovare una soluzione ad un problema annoso. E la ricognizione, dopo quello collinare, si estenderà anche agli altri nosocomi della città. La Regione Campania, in attesa del nuovo Piano ospedaliero approntato dal commissario Joseph Polimeni e dal vice Claudio D'Amario, che dovrebbe vedere la luce nei prossimi giorni, vuole andare fino in fondo per porre fine alle scene di pazienti costretti ad attendere su una barella che si liberi un posto un corsia, con conseguenti disagi sia per loro che per i familiari.

**LA SFIDA DELLA SANITÀ.** Il tutto mentre l'altro giorno, nel corso dell'appuntamento settimanale su Lira Tv, De Luca aveva sottolineato che «quella della sanità è una delle grandi sfide che abbiamo davanti. I commissari di governo stanno elaborando il Piano ospedaliero. Abbiamo espresso le nostre posizioni, a cominciare dalla non chiusura degli ospedali e il mantenimento dei

nosocomi nella città di Napoli. Il decreto 49 della precedente Giunta chiudeva diversi ospedali». Poi aveva aggiunto: «L'obiettivo è quello di uscire dal commissariamento il prossimo anno. Nel frattempo lavoriamo per ridefinire i contratti per la sanità privata. Chiedo una proroga per l'accorpamento dei laboratori. C'è ancora qualche realtà negli ospedali campani dove per le prestazioni libero-professionali c'è qualche primario che guadagna centinaia di migliaia di euro. Così non va bene. La decisione di consentire attività privata nelle strutture è giusta ma a condizione che ci sia proporzione corretta. Ma se si fa 80 per cento di privato e 20 di pubblico non va bene, si sta speculando. Nei prossimi giorni faremo un censimento per capire qual è la proposizione di prestazioni».



©— Il presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca, nel corso del blitz all'ospedale Cardarelli

La denuncia degli operatori dell'ospedale di frontiera  
«Condizioni di estremo disagio per pazienti e operatori»

## Affollate anche le barelle Loreto Mare, crisi infinita

■ CARLO CAFIERO

I reparti sono pieni e il personale a disposizione, per quanto competente, non è in grado numericamente di affrontare la mole di lavoro quotidiano. Una situazione di emergenza ormai comune a parecchi ospedali della Campania, ma al Loreto Mare di Napoli, presidio di frontiera per definizione, se possibile l'emergenza ha fatto un ulteriore "salto di qualità", ovviamente in peggio. Da qualche giorno, infatti, sono affollate anche le barelle dove vengono sistemate - in via provvisoria, in teoria, fino a una disponibilità in camera che spesso non arriva mai - le persone che vivono nel "limbo": non possono né essere dimesse, viste le proprie condizioni, né trasferite, per mancanza di posti liberi anche in altre strutture, né ricoverate in loco. E così ormai il sovraffollamento in corsia mette a serio rischio anche l'assistenza sanitaria. A denunciarlo non sono solo i pazienti che vivono i disagi, ma gli stessi operatori che, loro malgrado, sono costretti a barcamenarsi facendo del proprio meglio per gestire situazioni che spesso portano all'esasperazione. Un caso su tutti, il vero e proprio "record" stabilito nel reparto di Medicina: ben 36 barelle. Una situazione di cui i sindacati non possono che prendere atto con rammarico, e far

partire le dovute segnalazioni, ribadendo - attraverso una nota, come nel caso della Cgil - che «stando così le cose, in queste condizioni il personale di servizio, composto da soli quattro medici, sei infermieri e un operatore socio sanitario, non è nelle condizioni di garantire la minima assistenza». Quasi fosse un dettaglio, per quanto non trascurabile, gli stessi sindacati ricordano che posizionare le lettighe anche nelle stanze che ospitano altri degenti «contravviene a un'apposita ordinanza del sindaco».

«Occorre un intervento immediato per decongestionare il sovraffollamento - afferma Lorenzo De Lillo, Cgil - e subito maggiore personale infermieristico per aiutarci nell'assistenza che ora più che mai è in crisi».

A rendere la situazione ancora più difficile, paradossalmente, è stata l'attivazione da sabato scorso del servizio di Neuroradiologia 24 ore su 24, un'attività per cui sono stati inviati tecnici e medici dall'ospedale San Giovanni Bosco, ma nessun infermiere.

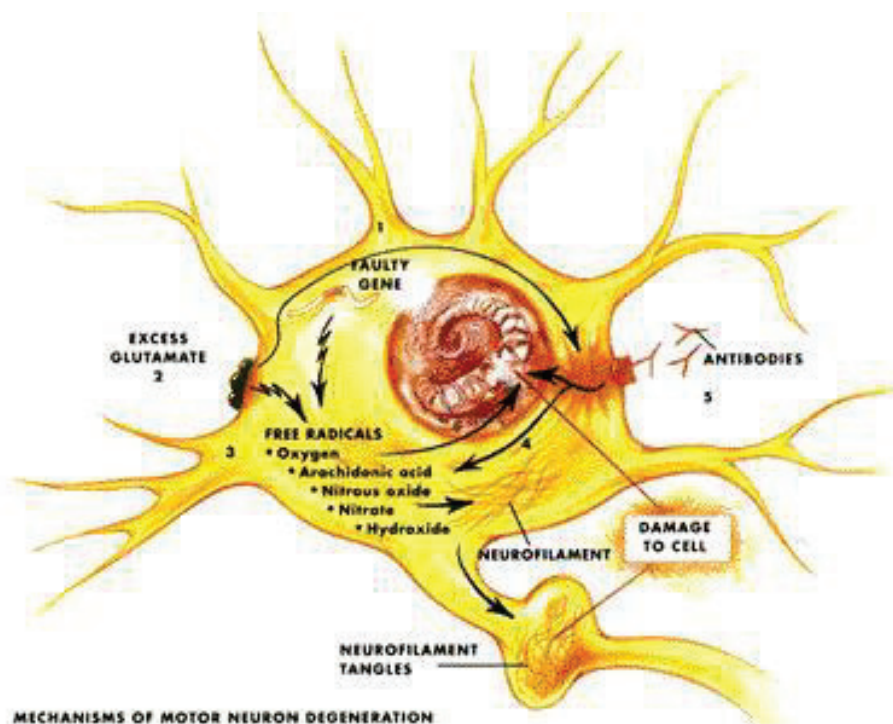
Così la situazione che si è venuta a creare è che per garantirne il funzionamento per 24 ore al giorno, come previsto, si devono togliere ulteriori unità dai reparti del Loreto Mare, già in ginocchio per la gestione della propria consueta attività.

segreteria@metropolisweb.it  
©riproduzione riservata



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



# Mini scosse anti-dislessia

Roma, la tecnica della stimolazione cerebrale sui bimbi  
«Migliora la loro capacità di leggere in tempi brevissimi»

## 2

### Milioni

le persone che soffrono di dislessia in Italia. Di queste sono circa 350 mila gli studenti, pari al 4 per cento della popolazione scolastica (non ancora tutti diagnosticati)

Negli Stati Uniti è considerato una specie di elettrodomestico: è un dispositivo che si può comperare dappertutto e i ragazzi lo usano per migliorare le loro prestazioni quando giocano con la Playstation. In Italia (dove non è in commercio) i neuropsichiatri dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma hanno pensato di sperimentarlo per migliorare le capacità di lettura dei bambini dislessici. E ha funzionato: nessuno ci aveva mai pensato prima.

«I bambini dislessici leggono lentamente — spiega Stefano Vicari, direttore della Neuropsichiatria infantile dell'ospedale romano — e non acquisiscono quegli automatismi che permettono di riconoscere le parole, di decodificarle e di trasformarle in suoni».

Il problema sta in una iporeattività di certe aree cerebrali, poste nella zona posteriore del cervello, dove si forma l'immagine visiva delle parole.

L'idea dei ricercatori del Bambino Gesù (di Vicari e della dottoressa Deny Menghini, che hanno collaborato con la Fondazione Santa Lucia di Roma e hanno appena pubblicato il lavoro sulla rivista scientifica *Restorative, Neurology*

*and Neuroscience*), è stata proprio quella di stimolare le aree cerebrali malfunzionanti dei dislessici con questi dispositivi portatili (alimentati con pile) capaci di creare una corrente molto debole (tipo quella prodotta da un mouse) attraverso due elettrodi applicati sulla testa.

Diciannove bambini e adolescenti sono stati sottoposti all'esperimento (divisi fra coloro che hanno avuto accesso al trattamento e quelli del gruppo placebo, che non lo hanno avuto, ndr): chi ha seguito il trattamento ha registrato un miglioramento della velocità e dell'accuratezza di lettura del 60 per cento.

Trovare nuove soluzioni al problema dislessia, che colpisce almeno il tre-quattro per cento dei bambini in età scolare, con importanti ripercussioni sull'apprendimento e sulla sfera sociale e psicologica, è una sfida importante.

Questa nuova soluzione potrebbe affiancarsi alle attuali terapie, la logopedia (che lavora sull'apprendimento automatico delle parole) e la psicologia, soprattutto cognitiva.

«Si tratta di uno studio preliminare — ha precisato Vicari — che va confermato da ricerche più ampie, ma può avere grandi implicazioni nella clinica e contribuire a una riduzione dei tempi e dei costi per questa patologia. E del disagio per le famiglie».

Aggiunge Giacomo Stella, fondatore dell'Associazione Italiana Dislessia (Aid) e psicologo all'Università di Modena e Reggio Emilia: «Le sperimentazioni di Vicari confermano anche nostre ricerche. La stimolazione cerebrale può essere utile al recupero. Ma come ogni terapia, non va applicata a tutti e vanno ancora studiati gli effetti a distanza».

**Adriana Bazzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Martedì 29 MARZO 2016

## Parkinson. La difficoltà di comunicazione è legata al deficit cognitivo

***Il deficit cognitivo, più che i problemi fisici legati alla sfera del linguaggio, sembra essere l'impedimento principale nel portare avanti una conversazione con i malati di Parkinson. Questo è quanto è emerso da una revisione degli studi condotta nel Regno Unito e pubblicata sul Journal of Parkinson Disease.***

*(Reuters Health)* - Molte persone con il Parkinson hanno problemi con la comunicazione la cui chiarezza è invece fondamentale per garantire una buona pratica clinica e per la qualità della vita dei malati", ha detto **Katherine Deane**, della University of East Anglia di Norwich, autrice della revisione degli studi.

### **Lo studio**

Deane e colleghi hanno condotto una revisione sistematica su 4.832 studi della letteratura per valutare se sono i problemi di linguaggio legati a deficit cognitivi o a problemi fisici a creare i principali ostacoli nella corretta comunicazione di pazienti con Parkinson. Tra tutti, solo dodici studi sono stati reputati rilevanti. In nove di dieci studi in cui era valutato lo stato cognitivo del paziente, gli autori hanno riscontrato una associazione con la difficoltà di comunicazione. Quando invece hanno osservato i deficit fisici, la relazione è apparsa modesta.

### **Le strategie per migliorare la comunicazione**

Il team guidato da Deane ha anche suggerito alcune strategie per i professionisti sanitari che interagiscono con i pazienti parkinsoniani per ridurre la frustrazione e migliorare l'interazione.

- 1)** Dopo aver formulato una domanda, dare al paziente il tempo necessario affinché riesca a formulare la risposta;
- 2)** ridurre le distrazioni dell'ambiente spegnendo TV, radio, sedendosi lontano dalle finestre per permettere al paziente di focalizzarsi solo sulla comunicazione;
- 3)** specificare il tema di cui si sta parlando. Ad esempio: "Ho necessità di parlare con lei di quando va in bagno. Ha qualche problema a entrare o uscire dalla toilette?" (aspettare la risposta), poi: "Trova difficoltà nel lavarsi i denti" (aspettare la risposta), poi: "Grazie per avermi dato queste informazioni. Ora avrei bisogno di sapere cosa fa quando si trova in cucina".
- 4)** delegare: la comunicazione per i pazienti può essere molto stancante. Se il soggetto dà il permesso, riservare le domande di ordine più generale ai figli o a chi li accudisce.

**Fonte:** *J Parkinson Dis* 2016

**Lorraine L. Janeczko**

*(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)*

Ricercatori del Mit di Boston sono riusciti a riscrivere il codice genetico di quelle malate come si riprogramma un computer e a inserirlo nei batteri per bloccarle e alterarne il funzionamento. Adesso puntano a inserirle in farmaci antitumorali. Oggi gli esperimenti non si fanno solo su colture cellulari, ma anche sul silicio. È il pc è stato utile per riprogrammare il Dna

# Hacker anti-cancro nelle cellule

## LA SCOPERTA

**Carla Massi**

Come la ricerca contro il cancro ruba dal vocabolario del computer, «riprogramma» le cellule e riesce a costruire una nuova arma per battere la malattia. La sinergia mondo scienza e mondo informatica l'ha battezzata un gruppo di ricercatori del Mit di Boston e del National Institute of Standards and Technology. Strategia di combattimento: progettare nuovi circuiti di codifica del Dna capaci di dare alle cellule altre funzioni oltre quelle che già hanno.

La procedura è sovrapponibile a quella che conosciamo per l'informatica. Le possibilità di intervento sono varie. I ricercatori possono riscrivere il codice del Dna come inserirlo, per esempio, in un batterio in modo di alterare il suo lavoro all'interno dell'organismo. Dare indirizzi diversi da quelli naturali alle cellule perché queste diventino autentiche armi anti-cancro. Una manipolazione che non punta solo al cambiamento del ruolo delle cellule ma anche all'individuazione delle strade da percorrere per far sì che queste stesse cellule divengano serbatoi ottimali per i farmaci. La metamorfosi come terapia finale.

«Possiamo parlare di programmazione anche per i

batteri - fa sapere Christopher Voigt, professore di Ingegneria biologica al Mot - Prima di tutto adottiamo un linguaggio basato su un testo come quelli utilizzati in informatica, lo si compila e si trasforma in una sequenza di Dna che poi viene inserita nella cellula».

La futura applicazione dello studio, è stato pubblicato su "Science" potrà dividersi in due direzioni, secondo il gruppo dei ricercatori: la progettazione di cellule batteriche, capaci di produrre un farmaco nel momento in cui intercettano la neoplasia o la creazione di cellule di lievito che possono fermare il processo di fermentazione se si accumulano troppe sostanze.

La sfida vera dei ricercatori è quella di progettare cellule «produttive» in grado, appunto, di diventare micro-laboratori di sostanze contro il cancro. La chiave di volta sta nella riprogrammazione del materiale come si fa per il software del pc. Non a caso, proprio al Mit, per spiegare in modo diretto lo studio hanno utilizzato parole nate con l'informatica, come hacker, il programmatore pirata.

Lui si introduce in un software, il ricercatore usa le strade per entrare nella cellula e agire. Un percorso complicato e pieno di ostacoli ammette l'équipe guidata da Christopher Voigt, in cui conviene continuare a credere. Perché, a loro avviso, sarebbe in grado, di regalare diversi vantaggi

alla lotta anti-tumore. Uno per tutti, la semplicità di esecuzione. Una volta rodato il percorso, valutati tutti i rischi e gli effetti ma, soprattutto, una volta che il lavoro potrà essere replicato dando sempre esito positivo. Così come vuole la scienza per validare un sistema di cura. «La riprogrammazione di ogni cellula funziona anche se non si ha molta esperienza - aggiunge Voigt - può essere addirittura avvicinata anche da uno studente di liceo. Basta premere un tasto e si realizza una sequenza di Dna».

Intanto apre le porte della prima Scuola italiana di immuno oncologia toracica (Siot) che aiuterà gli oncologi a conoscere meglio il tumore del polmone. Lo strumento per aggiornarsi viene fornito dall'Associazione italiana di oncologia toracica (Aiot) che, in collaborazione con la Fondazione network italiano per la bioterapia dei tumori (Nibit). Si comincia a Milano, Napoli e Siena - sotto la guida rispettivamente di Filippo de Marinis, Cesare Gridelli e Michele Maio - dove duecento esperti in oncologia toracica tornano sui «banchi di scuola» per conoscere di più, e quindi saper meglio applicare, le nuove terapie immunologiche che hanno stravolto la lotta al tumore del polmone e che richiedono un approccio profondamente diverso dalle terapie tradizionali, ad iniziare dalla chemioterapia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**La ricerca**  
Riprogrammare le cellule malate proprio come si fa con un computer. È la teoria rivoluzionaria degli scienziati di Boston che adesso tenteranno di passare dalla teoria alla pratica