



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



POLEMICA IN CONSIGLIO

Fondo sanitario, scontro sui numeri della Campania

NAPOLI. Il riparto del Fondo sanitario, con la Campania che ha ottenuto oltre 386 milioni di euro e scongiurato il rischio di perdere mille posti letto, accende il dibattito tra in consiglio regionale. Di «ottimo segnale di cambiamento» parla il capogruppo Giuseppe Maisto (Caldoro Presidente). «Raccogliamo i risultati positivi del grande impegno del presidente Caldoro e dei sacrifici dei cittadini e degli operatori della sanità che hanno consentito di chiudere con successo la parte più difficile del lavoro: il riordino dei conti». Non la pensa così Corrado Gabriele (Psi) che parla di «annunci elettorali da parte di Caldoro. A leggere i dati forniti dal Ministero è la spesa complessiva per le regioni a crescere di oltre tre miliardi passando da 104 a 107,3 miliardi per il 2014 ed è dunque ovvio che rappresentando la Campania il dieci per cento del Paese cresca di quasi 400 milioni. La verità è che la qualità del servizio sanitario in Campania - secondo Gabriele - è notevolmente peggiorata grazie ai tagli che la regione ha fatto in questi anni, con la chiusura di pronto soccorso e reparti ospedalieri, l'aumento dei ticket sanitari e la riduzione del personale». A rispondere a Gabriele è Angelo Marino,

presidente della commissione Affari istituzionali: «I bronzei volti non si smentiscono mai: dimenticano di essere corresponsabili dei disastri passati. È il caso del pur apprezzabile collega Gabriele che nella sua odierna reprimenda anti-Caldoro evita di chiedersi come mai ci sia stato, nel Fondo sanitario nazionale, un incremento di risorse per tre miliardi di euro nel 2014». E ancora: «La ragione di questa omissione è semplice: avrebbe dovuto risponderci che quell'incremento di risorse è proprio il frutto di ben tre anni di lavoro inteso della Conferenza delle Regioni della quale il presidente Caldoro, oggi numero due, è stato un ottimo protagonista». E il parlamentare Vincenzo D'Anna (Gal) sottolinea: «Bene Caldoro, ma adesso occorre garantire i ricoveri e le prestazioni specialistiche e l'aumento degli stanziamenti per le strutture private accreditate».

Regioni. Confermato il riparto di 340 mln per la non autosufficienza. Chiamparino: "Risorse insufficienti"

A questi si aggiungeranno 10 mln di fondi destinati al Ministero del Lavoro per progetti sperimentali in materia di vita indipendente. Approvata anche la suddivisione del fondo per le politiche della famiglia per il 2014 che ammonta a 5 mln. Il presidente Chiamparino, pur sottolineando l'insufficienza dei fondi, ha parlato di una "boccata d'ossigeno".

“Buone notizie per il sostegno alle politiche sociali delle Regioni e degli enti locali. In Conferenza unificata abbiamo infatti espresso l’intesa sul Fondo per le politiche della famiglia per l’anno 2014 ed abbiamo confermato il riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze 2014, sulla base dell’intesa siglata il 20 febbraio, con un accordo integrativo con cui abbiamo definito meglio la disabilità gravissima e abbiamo stabilito che la quota del fondo complessivo da destinare alle disabilità gravissime, inclusa la Sla passa dal 30 al 40%”. Lo ha annunciato il Presidente della Conferenza delle Regioni, **Sergio Chiamparino**, che ha aggiunto “si tratta di risorse ancora del tutto insufficienti rispetto alle esigenze a cui sono chiamate a rispondere le Istituzioni locali, ma rappresentano una ‘boccata d’ossigeno’ per far fronte a situazioni difficili, talvolta drammatiche, delle fasce più deboli della popolazione. Si tratta - ha concluso - di 5 milioni di euro relativi al Fondo per le politiche della famiglia e di 340 milioni di euro per quanto riguarda invece le risorse destinate alle Regioni e relative al Fondo per la non autosufficienza”.

Ecco la tabella di ripartizione relativa ai due Fondi

Regioni	Riparto Fondo Non Autosufficienze 2014	Riparto Fondo Politiche della famiglia 2014
Abruzzo	8.296.000	122.500
Basilicata	3.774.000	61.500
Calabria	12.002.000	205.250
Campania	28.560.000	499.250
Emilia Romagna	26.622.000	354.000
Friuli Venezia Giulia	7.684.000	109.500
Lazio	30.022.000	430.000
Liguria	11.492.000	151.000
Lombardia	51.714.000	707.500
Marche	9.758.000	132.500
Molise	2.346.000	40.000
Bolzano	2.584.000	41.000
Trento	2.856.000	42.000

Piemonte	26.758.000	359.000
Puglia	21.862.000	359.000
Sardegna	9.214.000	148.000
Sicilia	28.050.000	459.500
Toscana	23.732.000	328.000
Umbria	5.814.000	82.000
Valle d'Aosta	850.000	14.500
Veneto	26.010.000	364.000
TOTALE	340.000.000	5.000.000

(Fonte: *QuotidianoSanità*)

Agevolazioni. La procedura era partita nel 2011 - Risorse attribuite in base ai fondi disponibili

Sbloccati i bonus 2012

Entro il 30 settembre all'Inps le richieste per chi ha assunto disoccupati

Matteo Prioschi

Le domande per fruire delle agevolazioni previste per l'assunzione di disoccupati avvenute nel 2012 vanno presentate entro il 30 settembre 2014. Con la pubblicazione, avvenuta ieri, della circolare 98 dell'Inps si avvicina alla conclusione una vicenda che si protrae da quasi due anni.

Era il novembre 2011, infatti, quando con la legge 183 sono stati prorogati per il 2012 i benefici introdotti in via sperimentale dalla legge 191/2009 al fine di favorire l'occupazione di lavoratori disoccupati che si trovavano in condizioni particolari. La misura era stata finanziata per il 2010 (allora con ben 252 milioni di euro) e poi prorogata per il 2011. Nel novembre di tre anni fa era poi arrivata la

conferma anche per il 2012 (non c'è stata invece per il 2013). Tuttavia il decreto ministeriale di attuazione, con il quale si sono dovuti anche indicare gli importi delle coperture finanziarie, ha visto la luce il 2 settembre 2013 ed è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 31 gennaio 2014. Dopo altri sei mesi è ora arrivata la circolare dell'Inps che consente agli imprenditori interessati di presentare le domande per accedere agli sgravi contributivi.

Le agevolazioni sono previste per chi ha assunto beneficiari di indennità di disoccupazione non agricola con requisiti normali e con almeno cinquanta anni di età; per chi prosegue il rapporto di lavoro con dipendenti già in forza che siano stati in precedenza assunti dalle li-

ste di mobilità o mentre beneficiavano dell'indennità di disoccupazione non agricola con requisiti normali, con almeno 50 anni di età e almeno 35 anni di contributi; chi assume a tempo pieno e indeterminato beneficiari di indennità di disoccupazione non agricola con requisiti normali o del trattamento speciale di disoccupazione edile. I fondi disponibili per il 2012 ammontano rispettivamente a 769.453,38 euro; 37.506,17 euro; 794.629 euro.

La domanda per accedere al bonus deve essere presentata esclusivamente online utilizzando l'applicazione DireSCO sul sito dell'Inps. L'istituto precisa che entro il 30 settembre dovranno inviare la domanda anche quei datori di lavoro che per errore l'abbia-

no già presentata.

Nonostante siano trascorsi quasi due anni dalla proroga dell'incentivo, non è detto che tutti richiedenti vedranno soddisfatta la richiesta in quanto le domande verranno accolte fino a esaurimento dei fondi.

Qualora gli stessi non siano sufficienti, il beneficio sarà concesso seguendo le graduatorie basate sull'ordine cronologico di decorrenza dell'assunzione, della proroga, della scadenza dell'agevolazione originaria o della maturazione dei 35 anni di contributi. «Al fine di consentire la pubblicazione delle graduatorie in breve tempo» si legge nella circolare, le sedi Inps dovranno concludere le procedure entro il 31 ottobre.

VANTAGGI

I datori di lavoro possono contare su una quota contributiva ridotta o sull'importo dell'indennità non percepita dal dipendente

Le opzioni

ASSUNZIONI OVER 50

Chi assume un beneficiario, con almeno 50 anni, dell'indennità di disoccupazione non agricola con requisiti normali o trasforma in tempo indeterminato un contratto a termine o proroga quest'ultimo può contare su una contribuzione pari a quella prevista per gli apprendisti. L'agevolazione vale per la durata del rapporto di lavoro e non oltre il 2012. In caso di proroga del contratto la durata massima del bonus è di 12 mesi

EURO DISPONIBILI

769.453

PROLUNGAMENTO

Chi prosegue il rapporto di lavoro con dipendenti (almeno 50enni e con almeno 35 anni di contributi) già assunti da liste di mobilità o mentre godevano dell'indennità di disoccupazione non agricola può contare su una contribuzione pari a quella prevista per gli apprendisti. Il bonus si applica fino al diritto al pensionamento e comunque non oltre il 2012

EURO DISPONIBILI

37.506

INDETERMINATO

Chi assume a tempo pieno e indeterminato un beneficiario di indennità di disoccupazione non agricola con requisiti normali o la disoccupazione edile ha diritto a un incentivo mensile pari all'indennità che sarebbe spettata al lavoratore assunto, per ogni mensilità o quota di mensilità residue rispetto a quelle già percepite, con esclusione di quanto sarebbe stato riconosciuto a titolo di contribuzione figurativa

EURO DISPONIBILI

794.629

Le categorie interessate chiedono la proroga. Ma il ministero della salute dice no

Medici, polizza rc senza bussola Risputa il regolamento, ma non sarà in vigore per il 15/8

DI **BENEDETTA PACELLI**

Il regolamento sulla responsabilità civile e professionale dei medici esce dal pantano. Ma prima che il provvedimento attuativo della legge Balduzzi (158/2012), chiamato a disciplinare quei requisiti minimi cui dovranno ispirarsi i contratti assicurativi per garantire il rischio di esercizio dell'attività medica e sanitaria, entri in vigore ci sarà da aspettare ancora un bel po'. Nessuna attesa invece per l'obbligo, però, che resta confermato per il 15 agosto. Un obbligo cui tutti i camici bianchi liberi professionisti dovranno assolvere, senza alcun riferimento normativo, sottostando piuttosto a quelle regole che ormai sono diventate prassi e che l'atteso regolamento puntava a calmierare: premi alle stelle e polizze elevatissime specie per alcune specialità. Ecco perché in assenza di norme tutte le categorie interessate (medici, farmacisti, veterinari, psicologi, infermieri, ostetriche, tecnici sanitari di radiologia

medica) chiedono a gran voce uno slittamento dei termini. A questo panorama si aggiunge un altro elemento di criticità: nel primo anno di entrata in vigore il provvedimento sarà privo del suo tassello principale, un fondo rischi sanitari a cui avrebbero dovuto attingere tutti i medici che non sono in grado di trovare una copertura sostenibile sul mercato.

Il dpr e il suo iter. Dopo un anno di discussione il regolamento come fanno sapere ufficialmente dal ministero della salute, «è stato inviato ai ministeri concertanti. Si aspetta il parere del Ministero per lo sviluppo economico per portarlo in prima lettura al consiglio dei ministri». Per un provvedimento di questa natura si tratta, infatti, di recepire il parere del Consiglio di stato, poi della Conferenza stato

regioni per poi tornare quindi sul tavolo del Cdm. Un iter che, considerando anche la pausa estiva non si concluderà prima dell'autunno. Mandando in fumo, per ora, gli obiettivi per cui era stato pensato: agevolare la copertura assicurativa per le specialità a rischio, circoscrivere le responsabilità dei camici bianchi e limitare i costi dei risarcimenti.

Il fondo rischi. Tra le novità principali del provvedimento vi è la creazione di un Fondo rischi sanitari, pensato per garantire idonee coperture assicurative per chi opera nel-

le cosiddette aree a rischio, non tanto per il numero di incidenti quanto per l'onerosità dei risarcimenti per singolo sinistro, (ginecologia, chirurgia, ortopedia e anestesia), più di altre sottoposte a premi elevatissimi da parte delle compagnie assicurative. La Balduzzi prevedeva, infatti, che questo fondo fosse finanziato «in parte dai professionisti che ne facciano espressa richiesta» e in parte dalle imprese di assicurazione che esercitano il ramo della responsabilità civile sanitaria nella misura massima del 4% della raccolta premi della Rc sanità dell'anno precedente. Dunque, come ha spiegato a *ItaliaOggi* Luigi Conte, consigliere della Fnomceo (Federazione dei medici e degli odontoiatri), «non solo per ora saremo senza il fondo rischi, ma anche se ci fosse per ora, calcoli alla mano, sarebbe comunque insufficiente rispetto alle necessità. Si è parlato infatti di uno stanziamento pari a 20 milioni di euro, assolutamente inadeguato a garantire la copertura assicurativa a

quei medici che non la trovano sul mercato».

Le richieste delle categorie. Nel frattempo le rappresentanze istituzionali delle professioni sanitarie in una lettera inviata al ministero della salute Beatrice Lorenzin chiedono una proroga dei termini visto il compito assegnato loro dal Balduzzi. Alle federazioni nazionali, infatti, ricordano le categorie, «è stato attribuito dalla legge il compito di stipulare convenzioni collettive per adesione, per assicurare ai professionisti condizioni uniformi e certamente più vantaggiose rispetto a quelle negoziabili singolarmente. In assenza dell'adozione del regolamento non è stato possibile avviare le procedure per la stipula delle suddette convenzioni collettive che ovviamente richiederanno tempi tecnici per vagliare le diverse proposte». Per questo le Federazioni nazionali chiedono al dicastero di disporre «una congrua proroga del termine per l'entrata in vigore dell'obbligo».



Beatrice Lorenzin

Tessera sanitaria europea. Arriva l'App sullo smartphone per viaggiare sicuri

Per il compleanno della tessera europea di assicurazione e malattia, che sta per compiere 10 anni, è stata creata un'app per lo smartphone nelle varie lingue europee che si può scaricare dal sito del semestre di presidenza italiana dell'Ue. Grazie alla Team si viaggia sicuri e, in caso di necessità, si riceve assistenza sanitaria nei 28 paesi europei



La tessera europea di assicurazione e malattia, Team, compie dieci anni e si regala un'app per lo smartphone. La tessera è ormai molto famosa e, stando agli ultimi dati diffusi, quasi 200 milioni di cittadini europei la portano in viaggio con loro. Probabilmente, però, qualcuno lo fa senza neanche saperlo, visto che la Team non è altro che il retro della tessera sanitaria nazionale o della carta regionale dei servizi valida per i cittadini di Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Sicilia. L'applicazione è disponibile in varie lingue e si può scaricare anche dal sito del semestre di presidenza italiana dell'Ue.

Grazie alla Team si viaggia sicuri e, in caso di necessità, si riceve assistenza sanitaria nei 28 paesi europei compresi Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svizzera. Basta esibirla negli ospedali o negli studi convenzionati con il sistema sanitario pubblico. Non copre, però, l'assistenza privata e i costi di un viaggio programmato per curarsi fuori dall'Italia.

La tessera viene rilasciata a tutte le persone a carico del Servizio sanitario nazionale in possesso della cittadinanza italiana e con residenza in Italia e spetta anche ai cittadini extracomunitari.

(Fonte: QuotidianoSanità)

Cure palliative. La relazione del Ministero: meno decessi con patologia neoplastica nei reparti per acuti

E' quanto emerge dal rapporto che il Ministero della Salute ha presentato al Parlamento. Nel triennio 2011/2013 la spesa relativa ai farmaci analgesici oppioidi mostra un incremento medio pari al 50%. I valori più elevati si registrano in Campania, Lazio e Puglia.

Diminuiscono in Italia i decessi di pazienti con una patologia neoplastica avvenuti in un reparto ospedaliero per acuti. E' quanto emerge dal rapporto sulle cure palliative, aggiornato al 2012, che il Ministero della Salute ha presentato al Parlamento.

Il primo elemento da segnalare è il calcolo dell'indicatore della **mortalità ospedaliera rapportata al numero di decessi per neoplasia**. L'indicatore, calcolato per il nord-est, per il nord-ovest, per il centro, per il sud e per le isole presenta un valore particolarmente elevato nel nord-est (41,7%), mentre assume un valore particolarmente basso nel sud (16,9%) e nelle isole (18,1%).

Analizzando **la ripartizione percentuale dei deceduti nei reparti ospedalieri**, emerge che oltre il 50% dei decessi avviene nei reparti di medicina generale, nel 14% nelle oncologie e 6% nelle geriatrie. Nel calcolo dell'andamento del numero di decessi regionalmente si possono identificare tre gruppi di Regioni: quelle che presentano un valore decrescente in linea con l'andamento nazionale, le Regioni che sono invarianti rispetto l'anno precedente e le Regioni per le quali il numero dei decessi aumenta. Nel primo gruppo vengono classificate le Regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. Trento,, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Liguria, Lazio, Molise e Puglia. Nel secondo gruppo le Regioni P.A. Bolzano, Umbria, Abruzzo e Basilicata. Nel terzo gruppo Toscana, Marche, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna.

Il rapporto segnala che "le cure palliative in ospedale, nell'ambito della rete di cure palliative, sono caratterizzate da consulenza palliativa, assicurata da un'equipe medico-infermieristica con specifica competenza ed esperienza. Avendo identificato i reparti di medicina generale tra quelli dove più frequentemente avvengono i decessi, è auspicabile una maggior presenza dell'equipe palliativa".

Valutando i valori relativi al consumo di **farmaci analgesici oppioidi** registrato dalle vendite delle farmacie, nel triennio 2011/2013, la spesa mostra un incremento medio nel triennio a livello nazionale pari a circa il 50 per cento. Nell'analisi a livello regionale, relativamente alla percentuale di incremento della spesa nel triennio 2011/2013, si osserva un aumento dell'importo in tutte le Regioni, con valori più elevati nelle Regioni Campania (73%), Lazio (68%) e Puglia (69%); Basilicata (39%), Abruzzo (40%) e Sardegna (40%) restano, nonostante si registri una crescita costante dei consumi, sempre al di sotto della media nazionale pari al 48%.

Per quanto concerne **la rete pediatrica**, dall'analisi dei dati relativi alla numerosità dei minori deceduti per patologia neoplastica in ambito ospedaliero si evidenzia come vi sia un trend in calo (ridotto del 19% dall'anno 2006 all'anno 2011) con tendenza alla stabilità (155 minori nel 2011 – 156 nel 2012) negli ultimi 24 mesi.

Ciò fa presumere, segnala il rapporto, che le **Cure palliative pediatriche** (Cpp) e la gestione domiciliare dei bambini oncologici inguaribili, stia diventando, anche se con modalità differenti, un modello assistenziale attuato ed in via di espansione. Persiste un'alta percentuale di minori (27,5%) che muore in ambito critico. Una percentuale analoga di bambini (27%) muore in reparto di oncoematologia pediatrica, mentre una quota (22%) minore nei reparti di pediatria. Più di 3.000 sono le giornate di ricovero totali, con una degenza media pari a 20 giorni/anno.

(Fonte: *QuotidianoSanità*)



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Le questioni della sanità

Asl, per pagare i fornitori tempi più rapidi

Il manager Rossi: ridotto a 90 giorni il tempo di attesa
Debiti abbattuti per 50 milioni

Gianni De Blasio

L'Asl di Benevento segna una decisa accelerazione sul fronte dei pagamenti. Case di cura, laboratori, centri di radiologia e farmacie, due anni fa, attendevano anche 7-8 mesi per poter riscuotere le spettanze maturate a seguito delle prestazioni erogate, oggi siamo nell'ordine dei 3 mesi, non di più. Almeno, tale è il dato registrato con l'ultimo pagamento effettuato nel corso del mese di luglio, fa notare il direttore generale dell'Azienda sanitaria. A conferma, Michele Rossi snocciola dati appena sfornati dagli uffici. Ad esempio, la radiologia: sono complessivamente 11-12 i centri convenzionati sul piano provinciale, ad essi occorre destinare sui 500 mila euro mensili; ebbene, la mensilità di gennaio 2012 fu incassata in data 7 settembre, mentre quest'anno il corrispettivo del primo mese dell'anno è stato anticipato agli inizi di giugno, a distanza di 4 mesi dalla presentazione, ma ancor meglio è andata per i due mesi successivi, per cui i crediti vantati per prestazioni erogate a marzo sono stati soddisfatti dopo 3 mesi. Ai 22-23 labora-



tori l'Asl riserva una fetta di 350 mila euro ogni mese: la situazione sostanzialmente è la stessa della radiologia. Per le case di cura (S.Rita, S.Francesco, Gepos, CMR e Villa Margherita), l'importo da corrispondere è sui 2 milioni 800 mila: basti dire che i fondi vantati per il mese di novembre 2012 furono introitati il 17 ottobre dell'anno seguente, poco meno di un anno dopo; il 17 luglio scorso l'Asl ha liquidato le spettanze di marzo 2014. Ben più corposo l'esborso per la farmaceutica, all'incirca 4 milioni 600 mila: dai 6 mesi di attesa, si è passati a poco più di due, essendo stato pagato aprile entro il 25 luglio. «Mediante una gestione oculata delle risorse finanziarie, anche perché i fondi attribuitici sono stati complessivamente inferiori a tre anni fa, allorché il budget riconosciuto dalla Regione era superiore di quasi 10 milioni (306 allora, 297 ora). Ed, inoltre, una ricognizione puntuale ed analitica della situazione debitoria non solo ha prodotto una forte contrazione

del ritardo sui pagamenti, ma pure un significativo abbattimento del debito che si è ridotto di circa 50 milioni».

L'aspetto finanziario, peraltro, pare avviato ad un ulteriore miglioramento. «La Regione Campania - aggiunge Rossi - ha conseguito un risultato importantissimo, riuscendo a far finalmente prevalere la tesi che il riparto del fondo sanitario non av-



Risorse
«Positivi per il Sannio i nuovi criteri per il riparto»

venisse più solo in base all'anzianità della popolazione, che penalizzava fortemente la nostra regione, in quanto l'attesa di vita risulta più ridotta che altrove. Peraltro, la provincia di Benevento, dove gli anziani sono di più, risultava ancor più penalizzata poiché la distribuzione dei fondi sul territorio della regione veniva effettuata in base alla spesa storica. Il nuovo riparto - conclude il manager - riconosce alla Campania circa 400 milioni in più rispetto allo scorso anno (10,12). Questo è un primo passaggio in vista del prossimo anno, allorché ci sarà un ulteriore incremento per la sanità campana, come già previsto dalla legge. Questo avrà effetti positivi a cascata, con Asl ed Aziende ospedaliere che usufruiranno di un budget più elevato, con la possibilità di garantire livelli più elevati di assistenza dal punto di vista qualitativo».

Agosto nero al Maresca Pochi anche i volontari

■ Carenze di organico a Torre del Greco: pronto soccorso ancora a rischio
Il comitato: «In arrivo mesi da incubo. Cerchiamo operatori specializzati»

CIRO FORMISANO
Torre del Greco

«Cercansi volontari per salvare ospedale declassato dal declino». La gioia di aiutare gli altri e la voglia di salvare l'unico presidio sanitario presente sul territorio: sono queste le uniche "retribuzioni" garantite dall'incredibile annuncio promosso dal "Comitato Pro Maresca", il gruppo di attivisti che da anni lotta contro la chiusura del nosocomio di via Montedoro. Aspettando gli impegni ufficiali, le risposte e le visite eccellenti dei ministri, infatti, gli uomini e le donne del gruppo nato per salvare l'ospedale corallino dal baratro della chiusura, hanno deciso di lanciare un appello: chiamando a raccolta le forze migliori del territorio per scongiurare un'estate da incubo ai malati vesuviani. Un annuncio clamoroso, racchiuso tra le righe del comunicato stampa reso noto dal comitato nella giornata di ieri, e nato - come scrivono gli attivisti - dalla volontà di «far fronte alle inefficienze del servizio sanitario nel periodo estivo». Si perché il declassamento, per l'ospedale "Agostino Maresca" non è solo una questione di cassa o di reparti chiusi. In ballo ci sono anche i numeri di un personale ridotto all'osso, la cui presenza - secondo i volontari - sarebbe a serio rischio per tutto il periodo estivo. «Ogni anno, in estate, le situazioni già critiche in cui versa l'organizzazione dell'ospedale diventano insostenibili - scrivono nel documento i rappresentanti del comitato - sia per l'utenza, già abbastanza disorientata, che per il personale che riscontra spesso innumerevoli problemi». Una situazione al limite sulla quale peserebbero - secondo il "Pro Maresca" - «la mancanza di personale, il turn-over bloccato che non garan-



■ I cittadini dell'area vesuviana si costituiscono in associazione: «Puniti da gestioni fallimentari»

tisce il ricambio necessario in caso di ferie e pensionamenti e i continui trasferimenti del personale, quasi sempre a danno del nosocomio torrese».

Da qui l'idea di chiedere aiuto ai cittadini dell'area vesuviana, all'esercito di giovani laureati in cerca di esperienza, a tutte le persone che - per vocazione e competenze - potrebbero contribuire a salvare i cittadini vesuviani dall'ultimo grande male dell'estate sotto il vulcano: la crisi di assistenza. «In vista di queste gravi inefficienze che comportano un malfunzionamento del servizio sanitario - scrivono nel documento i vertici del Comitato Pro Maresca - abbiamo deciso di sopperire personalmente alle mancanze sopra citate, impegnandosi attivamente a fornire il nostro aiuto nel Pronto Soccorso.

Inoltre, invitiamo chiunque voglia collaborare a partecipare alle assemblee del movimento ogni giovedì alle ore 18.00 al quarto piano occupato.

L'invito è aperto a tutti, nella speranza che aderisca anche qualcuno con le competenze utili». In ballo non c'è una retribuzione, una busta paga o un contratto da precari: ma solo il coraggio di scendere in campo per difendere in prima linea - come fatto in questi anni dal "Comitato Pro Maresca" - le speranze e i diritti di migliaia di persone.

Insomma il problema sanità resta una delle debolezze del sistema Campania, dove le carenze amministrative si ripercuotono sui cittadini, e sulle esigenze degli utenti ormai da dieci anni.

IL CASO

Corsie piene, emergenza a Bosco

■ Turni massacranti al Sant'Anna. Più 20% di visite, ma si rischia la paralisi

Un incremento degli interventi di circa il venti per cento rispetto agli altri periodi dell'anno. Le corsie dell'ospedale "Sant'Anna - Madonna della Neve" sono stracolme. Il personale sanitario, tra l'altro ridotto all'osso a causa delle ferie estive, è costretto a turni massacranti, anche a causa di interventi interminabili. In particolare per la struttura di Boscotrecase, questa situazione di particolare disagio è dovuta alla chiusura di alcuni reparti nei vicini ospedali di Torre del Greco, Castellammare e Scafati, laddove l'utenza è costretta ad appoggiar-

si nel nosocomio boschese.

Nello specifico, restano aperti il reparto ortopedico, quello di terapia intensiva cardiologica, la maternità e la chirurgia. Ma gli utenti che fanno riferimento ad altri ospedali dell'hinterland, in questo periodo si appoggiano anche al settore di medicina generale.

Questa situazione di forte disagio ha portato a un incremento degli utenti al "Sant'Anna - Madonna della Neve" di oltre il 20 per cento. E questo provoca, quotidianamente, un ingolfamento delle

corsie, con turni massacranti per medici e infermieri rimasti in servizio durante il periodo estivo. Necessario, ovviamente, dare priorità ai casi più gravi. In tal senso, sono state bloccate tutte le prenotazioni precedenti, che saranno rinviate a settembre e ottobre, così come si è reso necessario chiudere tutti gli ambulatori, tra cui il reparto di oculistica e quello di otorinolaringoiatria.

Una situazione drammatica, quella che si vive all'ospedale di Boscotrecase, che era stata denunciata dagli stessi sindacati di categoria proprio alcune settimane fa. E in questo periodo i disagi annunciati sono stati puntuali.

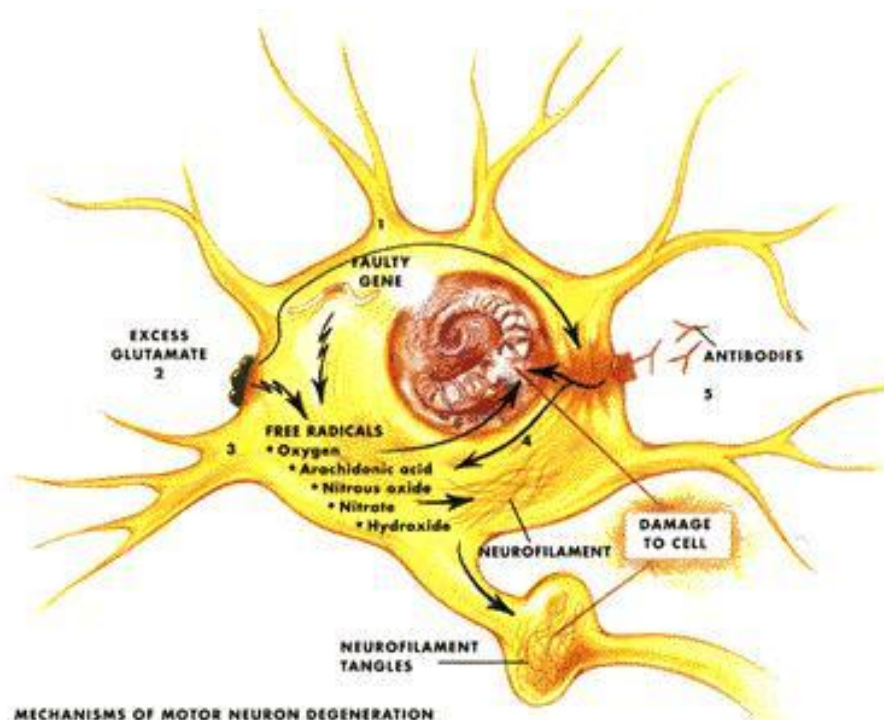
Roberto Mazza





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



LO STUDIO

Cancro al seno, scoperto un gene che aumenta rischio di 8-9 volte

È stato scoperto un nuovo gene che, quando è mutato, porta a un rischio 8-9 volte maggiore di sviluppare un tumore al seno nelle donne con meno di quarant'anni. La scoperta si deve a uno studio dell'Università di Cambridge in collaborazione con l'Istituto nazionale tumori (Int) di Milano, l'Istituto Firc di oncologia molecolare di Milano e l'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo. Secondo gli esperti, questa variante genetica «potrà essere utilizzata per quantificare il rischio di sviluppare il tumore al seno». Lo studio, pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, aggiunge anche che «il rischio di tumore al seno in donne con questa mutazione genetica è in media del 14% all'età di cinquanta anni e sale al 35% dopo i settanta». Va però precisato, spiega Paolo Radice, direttore del Dipartimento di medicina predittiva e per la prevenzione dell'Int, «che avere tale mutazione non equivale alla certezza di ammalarsi, ma solamente indica alle pazienti la necessità di un monitoraggio attento e continuo».

Scoperta la mutazione di un gene che aumenta rischio tumore seno

Chi presenta variazioni del gene PALB2 al di sotto dei 40 anni presenta rischia di sviluppare il cancro alla mammella nove volte in più al resto della popolazione



Una variante genetica consente di individuare con più sicurezza la predisposizione ad ammalarsi di tumore del seno. A scoprirlo è un nuovo studio dell'Università di Cambridge, sviluppato con il contributo dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, dell'Istituto Firc di Oncologia Molecolare di Milano e dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo. I ricercatori hanno dimostrato che chi presenta mutazioni di un particolare gene, chiamato PALB2, al di sotto dei quaranta anni ha un rischio di sviluppare un carcinoma alla mammella otto-nove volte superiore al resto della popolazione. Inoltre, il rischio di tumore al seno in donne con questa mutazione genetica è in media del 14% all'età di cinquanta anni e sale al 35% dopo i settanta.

Lo studio

Lo studio è stato pubblicato su una delle più prestigiose riviste scientifiche internazionali, il *New England Journal of Medicine*. Il direttore del Dipartimento di medicina predittiva e per la prevenzione dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, Paolo Radice, ha sottolineato che «l'innovazione portata da questa ricerca è aver quantificato il rischio per chi ha la mutazione PALB2: infatti, la predisposizione al cancro alla mammella per varianti di questo gene, normalmente impegnato nella riparazione dei danni al Dna, era nota da tempo ma la reale entità del rischio non era ancora stata definita». Va precisato, comunque, che «avere tale mutazione non equivale alla certezza di ammalarsi ma solamente indica alle pazienti la necessità di un monitoraggio attento e continuo».

L'analisi di 154 famiglie

Lo studio ha analizzato i dati genetici provenienti da 154 famiglie con mutazione del gene PALB2, identificate da 14 gruppi di ricerca provenienti da otto Paesi (Australia, Belgio, Canada, Finlandia, Gran Bretagna, Grecia, Italia, Stati Uniti). I nuclei familiari coinvolti erano negativi alle mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2 e dovevano aver registrato almeno un caso di tumore al seno al proprio interno. Ciò ha permesso di garantire la relazione causale tra la mutazione PALB2 e la neoplasia. Attraverso la loro osservazione i ricercatori hanno potuto individuare il rischio per diverse fasce d'età: tra i 40 e i 60 anni sei-otto volte maggiore rispetto al resto della popolazione e sopra i 60 anni cinque volte superiore.

Il peso della storia familiare

È stato definito anche il peso della storia familiare: infatti, chi ha la mutazione e proviene da famiglie che non hanno mai avuto casi di tumore al seno ha a 70 anni un rischio del 33%; mentre chi appartiene a nuclei familiari con più casi e esordio della patologia in età precoce ha un rischio aumentato al 58%. Utilizzando lo stesso approccio, è stato valutato che il rischio di cancro dell'ovaio è 2,3 volte superiore per chi ha la mutazione del gene PALB2 e che tra gli uomini con questa alterazione genetica il rischio di tumore del seno è 8,3 volte superiore.

I tumori al seno in Italia

In Italia si riscontrano circa 40mila nuovi casi di tumore alla mammella ogni anno e una donna su otto rischia di ammalarsi nel corso della vita. Negli ultimi anni si è registrato un aumento dell'incidenza con picchi nelle donne fra 35 e i 50 anni e nelle ultrasessantenni. Oggi, più dell'80% delle pazienti trattate in modo corretto guarisce. Un alto consumo di verdura diminuisce del 18% il rischio che aumenta invece del 14% con un elevato consumo di grassi saturi.

(Fonte: *Corriere della Sera*)

Curare subito l'ipertensione per proteggere il cervello

L'aumento della pressione si rivela un fattore di rischio per il deterioramento cognitivo, anticamera della demenza senile



L'importante è giocare d'anticipo. L'aumento della pressione arteriosa, nella mezza età, può essere correlata con un rischio di deterioramento cerebrale il quale, a sua volta, può rappresentare l'anticamera, per gli anni a venire, di una demenza senile. Ecco perché l'ipertensione dovrebbe essere subito tenuta sotto controllo con i farmaci. Il suggerimento viene da uno studio, appena pubblicato su *Jama Neurology*, che ha coinvolto circa 13 mila soggetti, di età compresa fra i 48 e i 67 anni, per oltre 23 anni e li ha sottoposti a una serie di test per valutare il deterioramento cognitivo nel tempo.

Bianchi americani

I risultati hanno dimostrato che il declino cognitivo, nei pazienti con ipertensione, risultava il 6,5 per cento maggiore se confrontato con quello di chi aveva una pressione normale. Ancora: i pazienti in trattamento con farmaci per ridurre la pressione arteriosa mostravano minori danni cerebrali. E fra i partecipanti allo studio i più penalizzati sono risultati i bianchi americani rispetto agli africani-americani: i primi, se ipertesi, rischiano di più una compromissione delle funzioni cognitive. «Il declino cerebrale, correlato all'ipertensione, è modesto - ha commentato Rebecca Gottessman della Johns Hopkins University of Medicine a Baltimora, uno degli autori dello studio - ma rappresenta pur sempre il primo passo verso una futura demenza. Ecco perché diventa fondamentale tenere sotto controllo, con la terapia, i valori pressori quando superano i limiti normali».

Trattamenti

Queste conclusioni sono avallate da un editoriale, pubblicato sempre su *Jama Neurology*, a firma di Philip Gorelick della Michigan State University College of Human Medicine che ribadisce: «Adesso esiste la prova della correlazione fra ipertensione nelle mezza età e disturbi cognitivi. Questo studio è il primo, negli ultimi vent'anni, a dimostrarla e suggerisce di curare l'ipertensione per proteggere il cervello». I risultati della ricerca sono interessanti, ma si scontrano con una realtà (in Italia, ma lo stesso succede in altri Paesi) che dimostra come sia difficile convincere i pazienti a seguire la terapia. Da noi, secondo i dati dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare, più del 50 per cento degli uomini e più del 40 per cento delle donne fra i 35 e i 79 anni sono ipertesi. Molti non sanno di esserlo e molti pur sapendo di esserlo, non sono adeguatamente trattati. La percentuale di maschi ipertesi non in terapia sono il 43 per cento, mentre per le donne questo dato è un po' più basso: 33 per cento. A dimostrazione che c'è ancora molto da fare per prevenire i danni dell'ipertensione: quelli noti da tempo sul sistema cardiovascolare (l'ipertensione è un fattore di rischio per infarto e ictus) e quelli adesso dimostrati sulle capacità cerebrali.

(Fonte: *CorrieredellaSera*)

Dieta sana contro artrosi e artrite

Acidi grassi monoinsaturi in abbondanza e bassi consumi di colesterolo aiutano a mantenere in salute le articolazioni



Quel che c'è nel piatto influenza l'andamento delle malattie reumatiche: una dieta sana, che tenga sotto controllo l'introito di grassi e colesterolo, è l'asso nella manica in più contro patologie complesse, come l'artrite reumatoide, o problemi molto diffusi, come l'artrosi. Lo dimostrano due ricerche presentate di recente a Parigi, durante il congresso dell'[European League Against Rheumatism](#).

Acidi grassi contro l'artrite

Da circa un secolo medici e ricercatori studiano l'influenza dell'alimentazione sui reumatismi; pur trattandosi di relazioni complesse e difficili da chiarire, i dati raccolti nel tempo hanno indicato con sempre maggior forza l'importanza di una dieta sana, improntata sui principi dell'alimentazione mediterranea. Lo afferma anche lo studio «TOMORROW», condotto da ricercatori dell'università di Osaka in Giappone su circa duecento pazienti con artrite reumatoide e altrettanti volontari sani, nei quali sono state indagate le abitudini a tavola attraverso specifici questionari. I medici hanno anche valutato i sintomi dei malati, per individuare quando la patologia fosse in fase attiva o in remissione e mettere poi tutto ciò in relazione con la dieta. «È emerso un chiaro legame fra il consumo di acidi grassi monoinsaturi (contenuti per esempio nell'olio d'oliva e nella frutta secca, ndr) e la malattia reumatica: intanto, gli introiti medi sono risultati significativamente inferiori fra i pazienti rispetto ai sani - ha spiegato Yoshinari Matsumoto, responsabile dello studio -. Inoltre, la quantità di acidi grassi monoinsaturi introdotta con la dieta è un fattore predittivo della remissione dell'artrite reumatoide: in altri termini, chi ne mangia di più ha una probabilità maggiore di avere una malattia "dormiente" o a "bassa attività" rispetto a chi invece porta in tavola più spesso grassi saturi. Gli acidi grassi monoinsaturi, che stando ai nostri risultati sembrano in grado di sopprimere l'attività della malattia, potrebbero essere la chiave per cui la dieta mediterranea è riconosciuta come fattore protettivo e positivo nelle malattie reumatiche: indagini precedenti hanno infatti dimostrato che questo tipo di alimentazione è capace di diminuire il grado di infiammazione generale e migliorare funzionalità e benessere nei pazienti con artrite reumatoide».

Colesterolo basso per l'artrosi

Conferma l'importanza della dieta nelle patologie reumatiche un secondo studio, condotto stavolta sugli animali da alcuni ricercatori olandesi. Gli esperimenti sono stati eseguiti su topolini normali o geneticamente portati ad avere il colesterolo LDL elevato, sottoposti a una dieta standard o a un'alimentazione ricca di colesterolo; a tutti, quindi, sono state fatte iniezioni intra-articolari di collagenasi per facilitare la comparsa di artrosi. I ricercatori hanno scoperto che l'eccesso di colesterolo fa decisamente male alle articolazioni, accelerando i processi che portano all'artrosi: negli animali con colesterolo geneticamente alto si potevano trovare segni evidenti di degenerazione articolare (come aumento di formazioni ossee sui legamenti, ispessimento della membrana sinoviale che riveste l'interno delle articolazioni) anche quando seguivano una dieta normale; se poi venivano sottoposti a un'alimentazione grassa gli effetti negativi erano ancora più marcati. E pure i topolini geneticamente normali, se nutriti a suon di colesterolo, mostravano segni palesi di sofferenza articolare. «Questi dati confermano l'esistenza di una relazione fra l'artrosi e la sindrome metabolica; nello specifico, pare che un ruolo importante lo abbia proprio il colesterolo alto - osserva Wouter De Munter, reumatologo del Radboud University Medical Centre di Nijmegen, in Olanda -. Studi precedenti hanno dimostrato che un eccesso di colesterolo è dannoso anche nell'artrite sperimentale: tutto questo indica che il colesterolo incide negativamente sulla salute delle articolazioni ed è quindi importante tenere sotto controllo almeno quello introdotto attraverso l'alimentazione».

(Fonte: *Corriere della Sera*)

Uno stile di vita sano per il cuore protegge anche dall'artrosi

Ora sono chiari i motivi per cui chi soffre di malattie reumatiche ha anche una maggiore probabilità di patologie cardiovascolari



Adottare per tempo uno stile di vita sano, facendo attenzione alla bilancia, non protegge solo dalle malattie cardiovascolari, ma diminuisce molto anche il rischio di artrosi. E non solo per il fatto che una diminuzione di peso riduce il carico sulle articolazioni, ma perché si è scoperto che diverse sostanze prodotte dal tessuto adiposo, come la leptina e le adipochine, possono innescare meccanismi

infiammatori anche a livello delle articolazioni, che, a lungo andare, finiscono col favorire l'artrosi. Una prova? Negli obesi il rischio di artrosi aumenta anche in articolazioni non sottoposte a carico.

ARTROSI ALLE MANI - «Uno studio su individui obesi mostra come in questi soggetti la frequenza di artrosi alle mani sia doppia rispetto alle persone in normopeso», spiega Magda Scarpellini, direttore dell'UO di Reumatologia dell'Ospedale di Magenta, che alle novità sull'artrosi ha dedicato una sessione del Congresso internazionale "Magenta Osteoarea". La relazione fra obesità e danno articolare, al di là della semplice azione meccanica, è confermato dal rapporto osservato fra artrosi e sindrome metabolica, condizione caratterizzata dalla presenza di alterazioni a carico del metabolismo degli zuccheri, ipertensione, incremento dei trigliceridi o riduzione del colesterolo Hdl ("buono"), circonferenza di vita superiore a 94 centimetri nel maschio e 80 nella femmina. «È dimostrato che nei soggetti con sindrome metabolica le probabilità di andare incontro a un artrosi del ginocchio aumentano in misura esponenziale con l'aumentare del numero di fattori presenti (si passa da un incremento del rischio di 2 volte in presenza di un solo fattore, a quasi 10 volte in presenza di 3 o più fattori)», spiega la reumatologa.

FORMA METABOLICA - Ovviamente non si può pensare che tutte le artrosi dipendano solo da fattori metabolici. In effetti da qualche tempo gli esperti hanno incominciato a distinguere diversi tipi di artrosi che vengono ad affiancare la classica forma dell'anziano. «Oggi l'artrosi è suddivisa in tre grosse categorie: quella "post traumatica", conseguente a un trauma acuto o a uno ripetitivo, che può colpire anche i giovani sotto i 45 anni; quella "metabolica" che colpisce in genere dai 45 ai 65 anni; la classica artrosi dell'anziano, oltre i 65 anni. La forma metabolica è particolarmente importante, in primo luogo perché colpisce un'età in cui si è in piena attività; poi si può mantenere nel tempo e quindi peggiorare, dando disabilità quando si diventa anziani».

PREVENZIONE - La scoperta dei meccanismi metabolici responsabili dell'artrosi offre però anche possibilità di prevenzione. «Che è molto simile alla prevenzione dell'infarto», commenta Magda Scarpellini. «D'altra parte, sapevamo che il rischio cardiovascolare nei pazienti con artrosi e con artrite è più alto e ora sappiamo perché». In prospettiva l'identificazione di questi meccanismi è destinata a modificare la cura dell'artrosi: «Come nell'artrite reumatoide, nella spondiloartrite e nell'artrite psoriasica, in cui già si usa un doppio binario di terapia (cioè una terapia sintomatica e una a lunga azione), anche con l'artrosi si sta cercando di fare la stessa cosa», spiega l'esperta. «Sono in sperimentazione molecole che agiscono sulle cause e che hanno l'obiettivo, oltre che di controllare il dolore, di rallentare l'evoluzione della malattia».

(Fonte: *Corriere della Sera*)

Ansia, la tecnica dei movimenti oculari riabilitata da un nuovo studio

Rivivere le immagini di ricordi negativi ne riduce l'intensità emotiva e la forza vivida e il movimento degli occhi impedisce che a queste vengano associati pensieri catastrofici



Dopo un decennio di discussioni sulla validità della tecnica anti-ansia chiamata EMDR, acronimo di *eye movement desensitization and reprocessing*, cioè desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari, che ha visto detrattori e sostenitori in società scientifiche come l'APA, l'associazione degli psichiatri americani o il Dipartimento della Difesa degli Stati Uniti che ne ha verificato gli effetti nei reduci colpiti da PTSD (la sindrome post-traumatica da stress), arriva ora dai ricercatori tedeschi dell'Università di Colonia diretti da Marco Rathschlag uno studio pubblicato su *Brain Behaviour* che spezza una lancia a suo favore.

Una scuola criticata

L'EMDR, messa a punto nell'89 dalla psicologa americana Francine Shapiro del Mental Research Institute di Palo Alto per il trattamento del disturbo post-traumatico da stress, negli anni ha visto nascere negli Stati Uniti una vera scuola di pensiero con un centro di ricerca, chiamato EMDR Institute, per tutte le possibili applicazioni di questa forma di trattamento, dai disturbi d'ansia agli attacchi di panico, alle fobie, alla depressione da lutto. Ciò ha dato anche adito a polemiche sul possibile impatto d'immagine di questa iniziativa di cui si era fatto portavoce Richard McNally della Harvard University con un articolo molto critico pubblicato sul *Journal of Anxiety Disorders*.

Occhi avanti e indietro

La metodica è tutto sommato semplice: il paziente, mentre si concentra sul problema che gli procura ansia, deve muovere gli occhi avanti e indietro, qua e là. Poi il terapeuta muove una penna o una piccola fonte luminosa davanti ai suoi occhi e il paziente deve seguirla con lo sguardo, un po' come fa il neurologo quando deve verificare se sono presenti scosse di nistagmo oculare in caso di vertigine, encefalopatia da alcolismo, sclerosi multipla. Ma mentre i meccanismi che determinano il nistagmo sono noti, nessuno è ancora riuscito a spiegare perché e come l'EMDR funzioni nell'ansia. Alcuni pensano che si comporti un po' come l'agopuntura e, così come quest'ultima sblocca il cosiddetto Qi, la forza dell'energia che scorre attraverso il corpo, favorendone il flusso corretto, i movimenti oculari sbloccherebbero il sistema di elaborazione delle informazioni.

Effetto ping-pong tra emisferi

Per altri invece ha una sorta di effetto ping-pong fra emisfero destro e sinistro che ristrutturata la memoria, ma forse la spiegazione migliore è che l'EMDR attivi un processo di guarigione simile a quello che si verifica nel sonno e i ricordi che procurano ansia vengono rimaneggiati ed eliminati per essere sostituiti da ricordi meno ansiogeni. Per l'Organizzazione mondiale della sanità non si tratta di una tecnica di eccezionale efficacia e secondo i suoi detrattori gli studi clinici controllati secondo i criteri dell'*evidence based medicine* non hanno fornito certezze sulla sua reale efficacia in disturbi diversi dal PTSD. Anche se alcune meta-analisi hanno evidenziato un'efficacia tutt'al più simile ad altre procedure, in alcuni Paesi europei è comunque considerato potenzialmente efficace nonostante i dubbi sui suoi reali meccanismi di funzionamento e sulla durata del suo effetto (3-5 mesi).

Semplice e pratica

La sua semplicità e praticità non la fanno comunque passare inosservata e i risultati positivi di quest'ultimo studio tedesco la mettono nuovamente in gioco: i ricercatori dell'Institute of Cognitive and Team/Racket Sport Research della German Sport University di Colonia hanno peraltro condotto uno studio controllato che difficilmente lascerà molto spazio alle critiche. Dopo aver selezionato una cinquantina di atleti di ambo i sessi con un'età media di 26 anni valutati all'inizio con apposite scale per stabilire il loro livello basale di ansia (Likert Scale e STAI), li hanno controllati in maniera obiettiva quando veniva chiesto loro di ripensare a un momento ansiogeno della loro vita sul quale verificare gli effetti della tecnica EDMR. Per farlo è stato usato un marchingegno che calcola il livello di contrazione muscolare delle dita, notoriamente correlato al livello d'ansia, quello che in termini tecnici è chiamato BDORT, acronimo di *Bi-Digital-O-Ring-Test*, cioè test ad anello bidigitale, perché calcola la forza con cui pollice e indice, giustapponendosi, disegnano una "O" facendo il segno di ok. È stato così possibile verificare se veramente i pazienti tornavano col pensiero a un brutto ricordo della loro vita con un aumento della contrazione inconscia delle dita, cosa che i precedenti studi non avevano potuto dimostrare e, soprattutto, se alla ridotta sensazione d'ansia dopo l'EDMR corrispondeva anche la decontrazione delle dita.

Ricordi negativi

Finora il calo dell'ansia era testimoniato solo dalle dichiarazioni dei pazienti e dai migliorati risultati delle scale di valutazione compilate dopo la prova, ma su entrambe gravava il dubbio della soggettività e quindi dell'"effetto placebo". Visti i risultati statisticamente significativi (9 punti in meno alla Likert Scale), la conclusione degli autori è che rivivere le immagini di ricordi autobiografici negativi ne riduce l'intensità emotiva e la forza vivida e il movimento degli occhi impedisce che a queste vengano associati pensieri intrusivi di future catastrofi tipiche del pensiero ansioso, ciò che nel linguaggio comune viene chiamato "pensiero da menagramo", e quindi l'EDMR ridurrebbe sia l'ansia di stato che quella di tratto. Ma attenzione, rivivere l'intensità emotiva e la forza vivida di un brutto ricordo può essere controproducente se non si sa come dominarlo: proprio perché l'EDMR sembra così facile bisogna ricordare che non va mai fatta da soli, ma sempre sotto il controllo di un terapeuta.

(Fonte: Asca)