



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Decreto del ministero dell'Economia. Tre miliardi agli enti locali, 2,2 miliardi alle Regioni, 800 milioni per debiti sanitari

# Pagamenti Pa, in arrivo altri 6 miliardi

ROMA

L'operazione pagamenti Pa sta per conquistare un nuovo tassello. È arrivato al parere della Conferenza unificata il decreto attuativo del ministero dell'Economia che ripartisce 6 miliardi tra Regioni ed enti locali per pagare i fornitori. Si tratta della tranche più consistente del totale di quasi 8,8 miliardi di anticipazioni di liquidità previste dal decreto Irpef di Renzi (Dl 66/2014): il primo pacchetto, 2 miliardi destinati alle società partecipate dagli enti locali, è in fase più avanzata ed è già all'esame della Corte dei conti (si veda Il Sole 24 Ore del 6 luglio).

Il piano dei pagamenti si compone di un mix di decreti attuativi, solo in parte sbloccati in tutti i loro passaggi. La difficoltà di accelerare sull'attuazione delle leggi, non solo sui pagamenti, ma su un'ampia gamma di temi, sarà esaminata oggi al Consiglio dei ministri.

Oltre agli argomenti all'ordine del giorno, tra cui il ddl delega per la riforma del Terzo settore, nel corso della riunione il presidente del Consiglio, Matteo Renzi, ha annunciato che verrà affrontato il nodo dei tempi di attuazione delle riforme. Un tema che nelle prime bozze del Dl di riforma della Pa veniva aggredito con l'inserimento di misure per far scattare il "silenzio assenso" dopo 60 giorni in caso di decreti attuativi che prevedono il concerto tra più ministeri e l'avocazione a palazzo Chigi delle misure attuative in caso di inadempienza dei ministeri. Norme poi saltate nonostante il cumularsi di provvedimenti invasivi: in due

mesi - rispetto all'ultimo Rating 24 (si veda il Sole 24 Ore del 2 luglio e del 22 aprile) - s'è passati da 500 a 511 provvedimenti ancora da mettere a punto. È una conseguenza del varo dei primi decreti del nuovo esecutivo. Sono, infatti, arrivati al traguardo tre provvedimenti urgenti, che prevedono ben 84 regolamenti per dispiegare pienamente gli effetti. Provvedimenti che si sommano a quelli lasciati in eredità dagli Esecutivi Monti e Letta.

Per tornare alla nuova tranche che incrementa il Fondo previsto dal decreto 35 del 2013 per i pagamenti Pa, i 6 miliardi vengono

## DECRETI ATTUATIVI

Oggi in Consiglio dei ministri il punto sui ritardi nei tempi di attuazione dei provvedimenti. Cumulati 511 atti ancora da evadere

ripartiti in questo modo: 3 miliardi agli enti locali; 2,2 miliardi a Regioni e Province autonome, finalizzati all'estinzione di debiti diversi da quelli finanziari e sanitari; 800 milioni per pagamenti degli enti del Servizio sanitario nazionale. Il decreto del Mef prevede comunque che, fermo restando l'incremento complessivo per il 2014 del Fondo, la ripartizione potrà essere modificata, sulla base delle richieste di accesso alle tre sezioni avanzate dagli enti territoriali interessati (in questo caso occorrerà un ulteriore decreto attuativo).

Varicordato che queste anticipazioni, così come i 2 miliardi de-

stinati alle partecipate degli enti locali, serviranno a pagare debiti certi, liquidi ed esigibili maturati al 31 dicembre 2013, ovvero debiti per i quali sia stata emessa fattura o richiesta equivalente di pagamento entro il predetto termine, oppure anche debiti fuori bilancio che presentavano i requisiti per il riconoscimento alla fine dello scorso anno.

Per quanto riguarda i 2,2 miliardi destinati alle Regioni per debiti non sanitari, bisogna sottolineare poi che la somma sarà concessa proporzionalmente, sulla base delle richieste da trasmettere al Mef entro il 15 settembre 2014, ma al netto di 100 milioni che la legge di stabilità 2014 concede alla società Eur spa (quest'ultima, per usufruirne, deve presentare istanza entro il prossimo 15 luglio). La Conferenza Stato-Regioni può individuare modalità di riparto differenti entro il 20 settembre, altrimenti scatta la ripartizione proporzionale che un decreto del Mef dovrà fissare entro il 30 settembre.

Restano in campo le disposizioni del decreto 35 del 2013 che subordinano le erogazioni di liquidità alle Regioni a una serie di adempimenti, a partire dalla predisposizione di un preciso piano di rimborso delle anticipazioni e dalla sottoscrizione di un apposito contratto tra il ministero e la Regione interessata nel quale sono definite le modalità di erogazione e di restituzione delle somme, comprensive di interessi in un periodo non superiore a 30 anni.

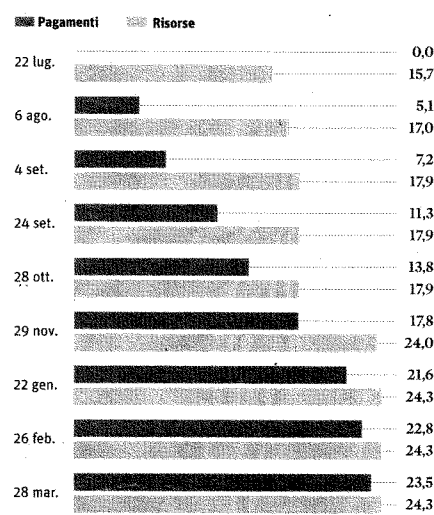
## Nuove risorse e stato delle erogazioni

L'INCREMENTO DEI FONDI PER I PAGAMENTI PA  
La nuova tranche di anticipazioni di liquidità previste dal Dl Irpef



## L'EVOLUZIONE

Stato di attuazione del Dl 35/2013 e 102/2013. Dati in miliardi di euro



D.Col.  
C.Fo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LE OPPORTUNITÀ DA COGLIERE NELLA SANITÀ PER AVERE UN «MERCATO SOCIALE» MODERNO



Nel corso dell'ultimo decennio, in molti Paesi è aumentata la spesa sanitaria privata delle famiglie. Non vi è correlazione fra questo incremento e il livello di spesa o di qualità del servizio pubblico. In Svezia, nota in tutto il mondo per il suo welfare universalistico, la spesa privata è cresciuta del 37%, tanto quanto in Germania o in Francia.

Anche l'Italia ha registrato un fenomeno analogo (+ 27%). Da noi però i privati spendono quasi interamente di tasca propria, senza l'intermediazione di mutue o assicurazioni, molto attive negli altri Paesi. Si tratta di un collo di bottiglia, che rende più oneroso lo sforzo finanziario dei singoli utenti e rallenta i flussi di risparmio privato verso questo settore. Naturalmente non stiamo parlando di «privatizzare la sanità», ma solo di forme complementari e integrative di servizio.

Una ricerca di Welfare Italia (nata da una collaborazione fra Censis e Unipol) mette bene in luce il forte potenziale che la *white economy* oggi ha nel nostro Paese. L'espressione non si riferisce solo alla sanità in senso stretto, ma a tutto il com-

plesso di servizi, prodotti, tecnologie e professionalità per la prevenzione, la cura, la riabilitazione, l'assistenza personale. Il comparto vale già oggi il 6% della produzione totale e occupa 2,7 milioni di addetti. Ma i margini di crescita sono molto ampi, considerando l'invecchiamento della popolazione. La promozione di un moderno «mercato sociale», alimentato da risorse non pubbliche e aperto ad una molteplicità di soggetti profit e non profit, è la strada per sfruttare appieno questo potenziale.

Oggi meno del 20% delle famiglie dispone di strumenti per la copertura integrativa delle spese socio-sanitarie. Si stima però che circa cinque milioni di famiglie potrebbero essere interessate a sottoscrivere strumenti di questo tipo. Assicurazioni, fondi mutualistici, enti locali, imprese e sindacati: a loro il compito (e l'opportunità) di rispondere in modo efficiente ed efficace a questa domanda di protezione, capace di attivare importanti circoli virtuosi sul piano economico e occupazionale.

**Maurizio Ferrera**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Il rapporto

### Sanità, adesso frena anche la spesa privata

Frena in Italia la spesa privata per sanità e assistenza: il welfare familiare è in crisi. Nell'ultimo anno la spesa sanitaria privata ha registrato un -5,7%, il valore pro-capite si è ridotto da 491 a 458 euro all'anno, e le famiglie italiane hanno dovuto rinunciare complessivamente a 6,9 milioni di prestazioni

mediche private. Per la prima volta è diminuito anche il numero delle badanti che lavorano nelle case degli anziani bisognosi: 4mila in meno nell'ultimo anno. Sono i segnali di un'inversione di tendenza rispetto a un fenomeno consolidato per cui le risorse familiari hanno compensato per anni un'offerta del welfare

pubblico che si restringeva. È quanto emerge dal Rapporto «Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali» di Censis e Unipol. Da notare che tra il 2007 e il 2013 la spesa sanitaria pubblica è rimasta praticamente invariata (+0,6% in termini reali) a causa della stretta sui conti pubblici.

L'INTERVISTA. GIUSEPPE ROMA, DIRETTORE DEL CENSIS: È GIUSTO RILANCIARE LA CULTURA DELLA SOLIDARIETÀ

## “E’ l’unico modo per mantenere i nostri livelli di Welfare”

L'INTERVISTA

LUISA GRION

ROMA. Non risolverà il problema della disoccupazione giovanile, ma permetterà a questo Paese di non allontanarsi troppo da un livello di welfare che non può più permettersi e darà un ruolo a chi non ce l'ha. Per Giuseppe Roma, direttore generale del Censis, il disegno di legge delega sul Terzo settore che il governo sta per varare «va fatto, perché necessario potenziare e rendere trasparente un aspetto fondamentale per una società

avanzata».

**Parliamo di centomila giovani coinvolti in tre anni nel servizio civile: una goccia nel mare della disoccupazione giovanile?**

«Il provvedimento non va letto in questi termini, gli interventi su volontariato e servizio civile non andranno a compensare la mancanza di lavoro e sarebbe sbagliato se così fosse perché questo non è un Paese a socialismo reale. L'impegno nel Terzo settore potrà anche trasformarsi in lavoro-

“**Pensionati e giovani possono ritagliarsi un nuovo ruolo grazie al volontariato**”

purché non si faccia confusione fra volontariato e impresa sociale - ma servirà soprattutto a rilanciare la cultura della solidarietà, ad integrare, grazie ai servizi offerti, un livello di welfare diventato troppo costoso e a ridare un ruolo ad una larga fetta della società cui è stato tolto».

**A chi si riferisce?**

«Ai pensionati, cui ormai si pensa solo in termini di costo e che invece con il volontariato possono avere una vita attiva anche dopo l'uscita dal lavoro. E ai giovani,

altra fascia troppo spesso colpevolizzata: l'obiettivo principale di questo provvedimento è proprio quello di smuoverli, di mettergli uno strumento in mano. Non è ancora un lavoro, ma è un segnale: fino ad ora glielo abbiamo negato».

**Non si rischia di scivolare in una forma non detta di assistenzialismo?**

«La trasparenza e il controllo saranno fondamentali: va stabilito chi deciderà cosa c'è da fare, come e a chi, partendo proprio dai tagli cui è stato sottoposto il welfare. Se i giovani saranno abbandonati a se stessi e non gestiti l'effetto boomerang sarà devastante».

**Solidarietà e impegno vanno bene, ma quand'è che il Terzo settore può dare lavoro?**

«Quando va a coprire servizi professionalizzati di cui c'è assoluta necessità, visto che il taglio ai redditi ha messo in crisi le soluzioni fino ad oggi attuate dalle famiglie. Penso al crollo del ricorso alle badanti, per esempio. Abbiamo appena fatto uno studio che sull'introduzione dei voucher universali per i servizi alla persona: possono generare 200 mila posti di lavoro in cinque anni».



**SOCIOLOGO**  
Giuseppe Roma,  
direttore generale  
del Censis

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Nel Patto per la salute.** Previsto un investimento di 3,5-4 miliardi in tre anni tra fondi Ue, project financing, risorse pubbliche e partnership pubblico-privato

# Al via la sanità digitale, risparmi per 7 miliardi

**Roberto Turno**

Un investimento di 3,5-4 miliardi in tre anni, tra fondi strutturali Ue, project financing con i privati, risorse statali e regionali e partnership pubblico-privato. Investimenti capaci di produrre un risparmio che a regime varrà almeno 7 miliardi l'anno. Con un colpo di reni sulla qualità, la velocità, la sicurezza dei servizi e delle prestazioni. Anche creando nuovi posti di lavoro. E con un'arma in più contro gli sprechi: «Avere controlli trasparenti e sicuri, garantirà di più contro la malagestione della sanità», assicura Beatrice Lorenzin. Nel Patto per la salute che sarà siglato oggi, c'è un jolly su cui Governo e regioni contano parecchio: il Patto per la sanità digitale. Che dietro le poche righe di un solo articolo dell'accordo, ha già un programma d'azio-

## VANTAGGIO DI SISTEMA

Per la ministra Beatrice Lorenzin «avere controlli trasparenti e sicuri garantirà di più contro la malagestione della sanità»

ne dettagliato. Una vera e propria road map della sanità del futuro con tanto di master plan e di cronoprogrammi da realizzare con gli stakeholder pubblici e privati, che dal prossimo anno potrà iniziare a decollare operativamente.

«Il piano avrà un timing preciso e sicuro. Dobbiamo creare una rete che usi un linguaggio comune a tutti in tutta Italia, sviluppare la sanità digitale dappertutto, senza differenze nel Paese. L'e-health non è un sogno, è una necessità», spiega la ministra della Salute. Che indica nella «trasparenza» indotta dall'Ict, la cartina di tornasole del futuro prossimo della sanità. «Con dati condivisi, regole e programmi comuni, l'apertura a investimenti privati, possiamo spalancare una finestra, portare aria nuova nel sistema sanitario. Così funziona in Europa, così possiamo garantire la sostenibilità del sistema», spiega Lorenzin.

Le fonti di finanziamento del piano straordinario di sanità elettronica seguono più filoni d'azione. Almeno quattro, intanto: i fondi strutturali Ue nel quadro delle azioni di procurement pre-commerciale e sviluppo dell'agenda digitale; gli stanziamenti ad hoc statali e regionali anche con iniziative di partenariato pubblico-privato capaci di moltiplicare le risorse attivabili; iniziative private con modelli di project financing e di «performance base contracting» in base ai quali i fornitori verrebbero remunerati su obiettivi definiti e misurabili. Ma anche eventualmente con quote a carico dei cittadini che chiedano di usufruire di servizi «premium» specifici di sanità elettronica

a «valore aggiunto».

Tutto questo in un contesto specificamente pubblico, portando quei finanziamenti che altrimenti scarseggerebbero e che farebbero da volano per altri investimenti e creando posti di lavoro in un settore considerato sempre più in espansione. E - obiettivo numero uno - portando in sanità un valore aggiuntivo di qualità, trasparenza, accesso ai servizi, che significano altrettante garanzie per i cittadini e risparmi contro la cattiva gestione.

Fascicolo sanitario, tessera sanitaria, teleconsulto, telemedicina, telediagnosi, telemonitoraggio, teleriabilitazione: queste le carte da giocare per il futuro prossimo delle

cure. Ma è chiaro che a contare per far marciare la macchina sarà l'architrave del sistema. La circolazione massima e la condivisione dei dati e degli obiettivi. E la tempistica. Per fine anno sarà pronto il rapporto con le priorità con tanto di master plan, di cronoprogrammi attuativi e di modelli di copertura finanziaria. Nel 2015 si potrà già partire, se tutte le tessere del mosaico digitale andranno al loro posto, con un occhio fisso al «cruscotto» di attuazione dei programmi. Contando (e sperando) che le risorse ci siano. Sembra che l'interesse non manchi tra gli investitori. «Così funziona l'Europa», parola di ministra.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## DIGITALIZZAZIONE

**3,5-4 miliardi**

### In tre anni

Gli investimenti straordinari pubblici e privati in tre anni per il «patto per la sanità digitale»

**7 miliardi**

### Il beneficio per i conti

I risparmi ipotizzati ogni anno dall'entrata a regime del «Patto digitale» in sanità

**-5%**

### Il calo degli investimenti

La riduzione dei finanziamenti in Ict in sanità nel 2013 sul 2012 secondo il Politecnico di Milano

# Patto sulla Sanità Digitale. Lorenzin: “Risparmi per 7 miliardi”. Ecco il testo

*Tra le priorità: nuova modalità di interazione multidisciplinare tra professionisti in ambito ospedaliero e territoriale, soluzioni e servizi per la continuità assistenziale, prenotazioni on line per i cittadini, nuova logistica del farmaco. Si cercano 3,5-4 miliardi di risorse necessarie da investire in tre anni.*

“Alla fine del processo, il Patto per la sanità digitale permetterà un risparmio quantificabile in sette miliardi”. Lo ha assicurato il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, intervenuta ieri a Venezia per la presentazione del Patto sull’e-Health elaborato nell’ambito del complessivo Patto per la Salute.

All’evento era presente anche **Federsanità Anci**, che ha espresso soddisfazione per “l’entusiasmo manifestato dal Ministro rispetto al documento programmatico” e si è detta “fermamente convinta che l’e-Health, quale fattore abilitante e in taluni casi determinante, possa svolgere un ruolo chiave nell’evoluzione contemporanea dei modelli assistenziali e di quelli organizzativi”.

Ma non si pensi a soluzioni miracolose: avverte il Patto: “Non è l’innovazione tecnologica di per sé stessa a generare efficienza ed economia di gestione, ed è concettualmente sbagliato (e pericoloso, in termini di sovradimensionamento delle aspettative) lanciare slogan in questo senso: le tecnologie dell’informazione e delle comunicazioni (ICT), rappresentano solo uno strumento – il principale – attraverso il quale può essere profondamente ridisegnato un modello organizzativo di sanità pubblica”, si legge nel documento.

Detto questo, secondo il Patto, per promuovere in modo sistematico l’innovazione digitale e non lasciare che questa sia realizzata in “modo sporadico, parziale, non conforme alle esigenze della sanità pubblica”, è necessario predisporre “un piano strategico che contenga alcuni interventi normativi per rimuovere alcuni ostacoli che rallentano o, in alcuni casi, ne impediscono la diffusione”.

## LE RISORSE

Certo, un piano strategico di sanità elettronica richiede una quantità significativa di risorse economiche dedicate. Investimenti quantificabili nel documento intorno ai 3,5-4 miliardi nell’arco di un triennio. “Il tema del finanziamento del piano diventa quindi un elemento esiziale: riuscire a trovare un simile ‘tesoretto’ rappresenta la differenza tra un bellissimo libro dei sogni e un piano che si trasforma in realtà”, si legge nel documento. Che prevede, comunque, fonti per il finanziamento molteplici:

- i fondi strutturali, con particolare riferimento alle Regioni Convergenza, nel quadro delle azioni di “Procurement Pre-Commerciale” (PCP) e di sviluppo dell’Agenda Digitale;
- fondi ad-hoc stanziati da Stato e Regioni, anche nel quadro di iniziative di Partenariato Pubblico-Privato (PPP) capace di “moltiplicare” le risorse attivabili;
- iniziative private, attraverso modelli di project financing e/o di performance based contracting (i fornitori vengono remunerati sulla base di obiettivi predefiniti e misurabili, in termini di condivisione dei ricavi e/o dei minori costi conseguiti);
- quote a carico dei cittadini, per la fruizione di specifici servizi di e-health a valore aggiunto (ovviamente, su adesione volontaria a servizi “premium” da parte degli assistiti del SSN).

## **OBIETTIVI STRATEGICI E PRIORITARI**

- L'efficientamento complessivo del SSN
- Una maggiore trasparenza del sistema
- Una maggiore accountability
- Lo sviluppo di nuova consapevolezza e responsabilizzazione del paziente e dei suoi caregivers
- La realizzazione di servizi in rete capaci di promuovere stili di vita portatori di benessere
- Il pieno coinvolgimento di tutti gli stakeholder

Questi gli obiettivi strategici del Patto. Perché, si legge nel documento, “in questo modo è possibile preservare la sostenibilità di un sistema che assiste a una progressiva espansione della domanda di benessere (e non, soltanto, di salute) da parte di una popolazione in progressivo invecchiamento”.

Nel Patto vengono poi evidenziate alcune tra le priorità di intervento, e in particolare:

- Modelli organizzativi e strumenti per la razionalizzazione dell'infrastruttura IT della Sanità Pubblica; business continuity e disaster recovery
- Unified Communication e Collaboration come nuova modalità di interazione multidisciplinare tra professionisti in ambito ospedaliero e territoriale
- Soluzioni e servizi per la continuità assistenziale ospedale-territorio: i PDTA come nuova modalità di approccio e i sistemi di Patient Workflow Management
- Dal “Taccuino personale del cittadino” al “Personal Healthcare Assistant”: nuove piattaforme di servizi “information intensive” per i cittadini. Dalla prenotazione e check-in on line, dal pagamento multicanale e contactless al download e upload bidirezionale di informazioni sullo stato di wellness
- Cure primarie: nuovi modelli organizzativi e cartella clinica condivisa
- Sistemi Informativi Ospedalieri integrati
- Modelli e soluzioni per la Clinical Governance
- Logistica del farmaco, “farmaco a casa” e Soluzioni di Business Intelligence per il monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche
- Teleconsulto, telerefertazione, telediagnosi, telemonitoraggio, teleriabilitazione; telemedicina e integrazione col Fascicolo Sanitario Elettronico
- Analisi e condivisione sull'utilizzo di “SNOMED CT” quale standard semantico di riferimento per lo scambio di informazioni di salute relative ai cittadini a livello nazionale e transfrontaliero; valutazione dell'impatto derivante dall'adozione di tale standard.

Queste priorità, si sottolinea nel documento, “verranno discusse in progress in modo da giungere a una versione condivisa con tutti gli stakeholder”.

## **COMITATO DI COORDINAMENTO DEL PATTO**

Prevista l'istituzione di un Comitato di Coordinamento del Patto, formato da un rappresentante per ciascuna delle categorie di stakeholder coinvolte (tra cui Asl, Ao, Aou, Ircs medici di famiglia, farmacisti e filiera del farmaco, fornitori di soluzioni e servizi ICT in ambito Sanità e fornitori di dispositivi elettromedicali e di apparati e soluzioni per la telemedicina). Il Comitato di Coordinamento sarà presieduto da un rappresentante del Ministero della Salute, il quale potrà avvalersi della collaborazione di un Coordinatore terzo. Per ciascuna delle priorità progettuali individuate potrà essere costituito un gruppo di lavoro specifico, partecipato da tutti gli stakeholder interessati ed esteso – su chiamata specifica – alla partecipazione di consulenti e ricercatori di chiara fama. Il Comitato potrà avvalersi anche di singoli esperti in relazione alle priorità progettuali. Tutte le persone coinvolte a qualsiasi titolo all'interno del Patto e dei suoi gruppi di lavoro parteciperanno a titolo completamente gratuito.

Il Comitato di Coordinamento si avvarrà, inoltre, di primarie strutture accademiche alle quali competerà un ruolo di valutazione preliminare e asseverazione dei piani economico-finanziari sottesi alle iniziative di partenariato pubblico-privato da attivare.

## **LA TEMPISTICA**

Immediatamente dopo l'insediamento del Comitato di Coordinamento (estate 2014), verrà pianificata una serie di incontri, "a livello rigorosamente precompetitivo", dove la domanda e l'offerta analizzeranno in concreto la possibilità di attivare meccanismi di partenariato pubblico-privato per dar vita a progetti di digitalizzazione a partire dall'elenco delle priorità definito di comune accordo tra le parti.

Nel contempo, il Ministero della Salute si impegna a favorire le condizioni per avviare un tavolo di studio con AVCP e Corte dei Conti finalizzato a divulgare modelli di applicazione delle norme che già oggi regolano forme contrattuali di partenariato pubblico-privato rendendole facilmente accessibili alle stazioni appaltanti anche attraverso la pubblicazione di linee guida, contratti tipo, casi d'uso immediatamente applicabili al contesto specifico.

Il Ministero si impegna inoltre ad avviare e concludere entro la fine del 2014 una ricognizione dei fondi disponibili e/o attivabili sulla base della quale il Comitato predisponesse, sempre entro la fine del 2014, un primo Master Plan di proposte relative a iniziative di Partenariato pubblico-privato, da avviare secondo le norme vigenti attraverso procedure a evidenza pubblica.

Previsto l'avvio, già nel corso del 2014, di iniziative sperimentali (proof of concept) volte a validare i modelli teorici sviluppati.

Al termine di questo primo ciclo di lavori (fine 2014), verrà prodotto un rapporto conclusivo che sarà presentato ufficialmente al Ministro della Salute e a tutte le istituzioni coinvolte. Il rapporto conterrà il Master Plan per le iniziative di Sanità Digitale, comprese le indicazioni prioritarie, i cronoprogrammi attuativi e i modelli di copertura finanziaria previsti, anche tenuto conto dei risultati delle iniziative sperimentali avviate. Tutte le iniziative contenute nel Master Plan saranno oggetto del Patto per la Sanità Digitale tra le istituzioni e le associazioni di categoria.

Nel 2015 si avvierà la fase di analisi dei dati e di avvio del Master Plan, attraverso singole operazioni di partenariato pubblico-privato attivate dalle amministrazioni e dai partner privati interessati.

(Fonte quotidianosanita)

# La salute degli italiani. Migliora quella fisica ma peggiora quella mentale. Una persona su tre fa uso quotidiano di farmaci. Il rapporto Istat

*La depressione è il problema di salute mentale più diffuso: colpisce 2,6 milioni di italiani. Scende dal 6,1% al 5,5% la quota di persone con limitazioni funzionali (si stimano in oltre 3 milioni, di cui oltre l'80% anziani). Un bambino su cinque prende farmaci. Si dimezza il numero di persone che ricorrono alle terapie non convenzionali.*

Quella italiana è una popolazione che invecchia, in cui le patologie croniche sono sempre più diffuse. Rispetto al 2005, diminuiscono malattie respiratorie croniche e artrosi - la popolazione che invecchia proviene da esperienze di vita sempre più sane - mentre aumentano tumori maligni, Alzheimer e demenze senili anche perché c'è maggiore capacità di riconoscere le malattie. Migliora lo stato di salute fisico, peggiora quello mentale rispetto al 2005: quest'ultimo diminuisce in media di 1,6 punti (71,8 controllato per età), in particolare tra i giovani fino ai 34 anni (-2,7 punti), soprattutto maschi, e tra gli adulti di 45-54 anni (-2,6). Un calo ancora più rilevante si registra nell'indice di salute mentale delle persone straniere residenti in Italia; l'indice si riduce in media di 4,7 punti, ma tra le donne straniere la diminuzione è di 5,4 punti. Questi alcuni dei dati che emergono dal Rapporto sulla Tutela della salute e l'accesso alle cure 2013 presentato oggi dall'Istat, che segnala, inoltre, come 1 italiano su 3 assuma quotidianamente farmaci.

**Salute mentale.** La depressione è il problema di salute mentale più diffuso e il più sensibile all'impatto della crisi: riguarda circa 2,6 milioni di individui (4,3%), con prevalenze doppie tra le donne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età.

**Salute fisica.** Continua invece a diminuire la quota di persone con limitazioni funzionali, dal 6,1% nel 2000 al 5,5 % nel 2013. Si stima che siano oltre 3 milioni di persone, di cui oltre l'80% anziani e i due terzi donne. Nel Sud e nelle Isole la quota si mantiene significativamente più elevata rispetto alle altre aree territoriali. Le famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali sono l'11%; di queste, meno del 20% ricevono assistenza domiciliare pubblica. Considerando anche quelle che suppliscono a tale carenze ricorrendo a servizi privati a pagamento, rimane comunque più del 70 % che non usufruisce di alcun tipo di assistenza domiciliare, né privata né pubblica.

**Stili di vita.** Diminuiscono i forti fumatori, ma aumenta la percentuale di adolescenti e giovani donne che iniziano a fumare prima dei 14 anni, passando da 7,6% a 10,5%. È obeso l'11,2% degli adulti, quota in aumento sia rispetto al 2000 (erano il 9,5%), che al 2005 (10%). Nel 2013 solo il 20,6% della popolazione di 5 anni e più pratica un'attività fisica ritenuta protettiva per la salute secondo la definizione dell'Oms: il 25,9% tra gli uomini ed il 15,6% tra le donne.

**Prevenzione.** Aumenta la prevenzione dei tumori femminili rispetto al 2005, grazie alla diffusione dei programmi pubblici di screening. La quota di donne di 25 anni e oltre che si è sottoposta a mammografia, passa dal 43,7% al 54,5% mentre il 73,6% ha effettuato un pap test, con un netto aumento rispetto al 2005 (+9 punti percentuali). Gli incrementi maggiori si registrano tra le donne ultrasessantacinquenni e interessano anche i segmenti di popolazione meno istruita e le residenti nel Mezzogiorno. La prevenzione femminile aumenta anche tra le straniere, che tuttavia non recuperano il gap rispetto alle donne italiane.

**Visite specialistiche.** Aumentano le persone che ricorrono a visite mediche specialistiche, escluse quelle odontoiatriche (11,9% nel 2005 e 14,8% nel 2013) e diminuiscono le visite dal dentista del 30%.

**Farmaci.** Il 48,6% ha assunto farmaci nelle due settimane precedenti l'intervista. Già a partire dall'età infantile un bambino su cinque prende farmaci, con prevalenze che crescono con l'età fino a raggiungere intorno agli 80 anni quote rilevanti pari a oltre il 90% della popolazione. Le differenze di genere iniziano dopo i 14 anni e si attenuano quasi del tutto nell'età anziana.

L'88,1% ha assunto farmaci su prescrizione del medico, il 14,6% di propria iniziativa, l'1,1% su indicazione di un'altra persona. Le persone anziane riferiscono più frequentemente di aver assunto farmaci su prescrizione del medico (sale a oltre il 90% dai 55 anni e più), mentre la quota di chi assume farmaci di propria iniziativa è massima tra le persone di 15-24 anni (39,9%).

Complessivamente, su 100 persone che hanno preso farmaci nelle 2 settimane precedenti l'intervista, il 41,7% ha limitazioni funzionali, è malato cronico o riferisce cattive condizioni di salute; la quota sale al 68,3% se si considera la sola popolazione di ultrasessantatreenne.

Quasi un terzo della popolazione (31,1%) deve fare uso regolarmente, per tutto l'anno, di farmaci prescritti da un medico (contraccettivi esclusi) con percentuali più elevate per le donne (32,5%) rispetto agli uomini (29,5%). Il consumo quotidiano dei farmaci aumenta fortemente con l'età, dal minimo di 6,9% tra i bambini fino a 14 anni al massimo di 30,4% tra gli ultraottantenni.

Dal punto di vista territoriale, la percentuale di consumatori giornalieri è più alta nel Nord-est (32,8%, tassi standardizzati) rispetto al Sud (30%). Le regioni con il tasso standardizzato più alto di assunzione giornaliera dei farmaci sono Emilia-Romagna, Umbria e Sardegna (dal 32,8% al 33,9%), quelle con il tasso standardizzato più basso sono il Molise, la provincia di Bolzano e l'Abruzzo (tutte sotto il 27%). Tra coloro che prendono farmaci quotidianamente, l'88,2% li assume su prescrizione di un medico e il 14,1% di propria iniziativa. Il 77,1% delle persone di 65 anni o più assume farmaci tutti i giorni (71,7% nel 2005). Rimane stabile, al 56,3%, la quota di persone con un consumo giornaliero di farmaci tra quanti hanno almeno un problema di salute, vale a dire che riferiscono la presenza di limitazioni funzionali, di malattie croniche gravi, di tre o più malattie croniche o dichiarano cattive condizioni di salute.

**Terapie non convenzionali.** In netto calo. La diffusione delle terapie non convenzionali è pari all'8,2% nella popolazione, in netta flessione rispetto al 2005, e ancor più rispetto al 2000. Nel 2013, sono circa 4,9 milioni le persone che hanno scelto, nei tre anni precedenti l'intervista, di ricorrere ad almeno un rimedio o terapia di tipo non tradizionale (quasi 8 milioni nel 2005, pari al 13,7%). Tra le varie terapie non convenzionali la più diffusa resta l'omeopatia (4,1%), seguita dai trattamenti manuali (3,6%), dalla fitoterapia e dall'agopuntura (utilizzati rispettivamente dall'1,9% e dall'1% della popolazione) e, infine, da altri tipi di terapie non convenzionali (0,2%). Restano marcate le differenze di genere: tra le donne il 9,6% ne ha utilizzato almeno uno nei tre anni, mentre tra gli uomini la percentuale scende al 6,8.

**Giudizio sul Ssn.** Il livello di soddisfazione per i servizi sanitari pubblici è elevato tra chi ne ha fruito (circa 8 su una scala da 1 a 10). Rimangono invariate le disuguaglianze sociali nella salute, nei comportamenti non salutari, nelle limitazioni di accesso ai servizi sanitari. Permane lo svantaggio nel Mezzogiorno rispetto a tutte le dimensioni considerate.

(Fonte quotidianosanita)

# Organizzazione e gestione della sanità. Al via la prima Summer School targata Altems

*Sono aperte le iscrizioni alla prima Summer School internazionale in Health Care Management in lingua inglese promossa dall'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi sanitari dell'Università Cattolica. Il programma formativo si svolgerà a Roma dall'8 al 12 settembre 2014.*

Al via la prima Summer School internazionale in Health Care Management promossa dall'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (Altems) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Il programma formativo, che si svolgerà a Roma dall'8 al 12 settembre 2014, in lingua inglese, è indirizzato principalmente ai top e middle manager delle aziende sanitarie e dell'indotto che intendono aggiornare le loro competenze manageriali attraverso la partecipazione a un percorso formativo di tipo internazionale all'interno del quale sono presentate le best practices nazionali e internazionali in ambito sanitario.

“L'attuale ambiente in cui le organizzazioni sanitarie agiscono - spiega il prof. **Americo Cicchetti**, direttore dell'ALTEMS e direttore scientifico dell'iniziativa - è in continua evoluzione; molti sistemi sanitari nel mondo stanno cambiando e il Welfare State di molti Paesi è stato rivisto alla luce della crisi economica e delle emergenti necessità di sostenibilità. Inoltre stiamo assistendo a un crescente cambiamento delle necessità di salute dei pazienti. Il mutato quadro di riferimento – continua Cicchetti - richiede l'adozione di modelli organizzativi innovativi che forniscano un'integrazione sempre più forte tra le strutture ospedaliere e le strutture territoriali primaria”.

In tale ottica, la Summer School in Health Care Management intende stimolare una riflessione su alcuni aspetti strategici del nostro sistema sanitario quali: la sostenibilità del sistema, i modelli organizzativi, il Design Thinking e l'Innovation Management, l'Operations Management e il Lean Management, la Strategia e la Valutazione della performance, la Leadership e la gestione del personale. “A tal fine – spiega Cicchetti -, la formula didattica, di carattere fortemente esperienziale, prevede per ciascun argomento un primo inquadramento teorico-concettuale, la discussione di casi di studio e delle attività skill-oriented”.

Sono inoltre parte integrante del programma formativo, le visite e degli incontri con il top management del Policlinico Universitario "A. Gemelli" per approfondire l'organizzazione e la gestione della piastra polifunzionale, modello innovativo di gestione degli interventi chirurgici, e di una Casa della Salute (Emilia-Romagna) per approfondire gli aspetti organizzativi di una struttura in cui le attività di assistenza territoriale e sociale sono fortemente integrate.

(Fonte quotidianosanità)

# Welfare. Allarme Censis-Unipol: “Italiani costretti a rinunciare a prestazioni sanitarie e badanti”

***Diffusi i risultati del Rapporto 2014 «Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali» di Censis e Unipol. Il welfare familiare è in crisi, ma aumenta la domanda di cura e di assistenza. in calo, per la prima volta, la spesa sanitaria privata (-5,7%). La proposta: “Integrare gli strumenti di welfare pubblici e privati”.***

Frena la spesa privata per sanità e assistenza. E il welfare familiare in crisi. L’allarme arriva dal Rapporto «Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali» di Censis e Unipol presentato oggi a Roma, da cui emerge, in dettaglio, che nell’ultimo anno la spesa sanitaria privata ha registrato un -5,7%, il valore pro-capite si è ridotto da 491 a 458 euro all’anno. Le famiglie italiane hanno dovuto rinunciare complessivamente a 6,9 milioni di prestazioni mediche private e per la prima volta è diminuito anche il numero delle badanti che lavorano nelle case degli anziani bisognosi: 4mila in meno. Anche il welfare privato familiare, infatti, comincia a mostrare segni di cedimento.

“Sono i segnali di una inversione di tendenza rispetto a un fenomeno consolidato nel lungo periodo per cui le risorse familiari hanno compensato una offerta del welfare pubblico che si restringeva”, osserva il Censis. Insomma, oggi il welfare pubblico è carente e gli italiani non sembrano riuscire più a sopperire da soli a tale carenza.

“Tra il 2007 e il 2013 – si legge nel rapporto - la spesa sanitaria pubblica è rimasta praticamente invariata (+0,6% in termini reali) a causa della stretta sui conti pubblici”. È aumentata, al contrario, la spesa di tasca propria delle famiglie (out of pocket): +9,2% tra il 2007 e il 2012, per poi ridursi però del 5,7% nel 2013 a 26,9 miliardi di euro. E anche il numero dei collaboratori domestici per attività di cura e assistenza (963mila persone) ha registrato una flessione nell’ultimo anno (-0,4% nel 2013), dopo un periodo di crescita costante (+4,2% tra il 2012 e il 2013).

**La domanda crescente di cura e di assistenza.** Il Censis stima che 4,1 milioni di persone in Italia sono attualmente portatrici di disabilità (il 6,7% della popolazione), nel 2020 diventeranno 4,8 milioni, per arrivare a 6,7 milioni nel 2040. La spesa totale per le disabilità ha registrato un forte incremento, superiore al 20% in termini reali tra il 2003 e il 2011, passando da 21,2 miliardi di euro a quasi 26 miliardi. Cresce anche la domanda di assistenza per la popolazione anziana non autosufficiente (long term care). In Italia gli anziani che usufruiscono di assistenza domiciliare integrata sono passati da poco più di 200mila nei primi anni 2000 a oltre 532mila nel 2012, cioè dal 2,1% della popolazione anziana (persone con 65 anni e oltre) al 4,3%. La spesa complessiva per gli anziani serviti dalla long term care è pari attualmente all’1,7% del Pil, ma nel 2050 l’incidenza potrebbe arrivare al 4%, alla luce delle proiezioni demografiche.

**Il welfare pubblico si è ristretto.** L’allungamento dell’aspettativa di vita, il marcato invecchiamento della popolazione, le previsioni di incremento delle disabilità e del numero delle persone non autosufficienti prefigurano bisogni crescenti di protezione sociale. Negli anni a venire l’incremento della domanda di sanità e di assistenza proseguirà a ritmi serrati. Una domanda che l’offerta pubblica però non potrà soddisfare. “C’è già oggi una domanda inevasa di cure e di assistenza a cui il sistema pubblico non riesce a fare fronte”, avverte il Censis. Il 73% delle famiglie italiane ha fatto ricorso almeno una volta negli ultimi due anni a visite specialistiche o a esami diagnostici a pagamento (in intramoenia o presso studi privati). La motivazione principale (per il 75%) sono i tempi inaccettabili delle liste d’attesa. Il 31% delle famiglie ha invece dovuto rinunciare almeno una volta negli ultimi due anni a

visite specialistiche, a esami diagnostici o a cicli di riabilitazione. In più, il 72% delle famiglie dichiara che oggi avrebbe difficoltà se dovesse affrontare spese mediche particolarmente impegnative dal punto di vista economico.

**Integrare gli strumenti di welfare pubblici e privati.** “La via dell’integrazione è – secondo il Censis – un’opportunità per soddisfare una domanda che la sola offerta pubblica non è più in grado di coprire”. L’Italia resta una delle poche economie avanzate in cui la spesa sanitaria out of pocket intermediata, ovvero gestita attraverso assicurazioni integrative o strumenti simili, si ferma a una quota molto bassa: appena il 13,4% del totale della spesa sanitaria privata a fronte del 43% della Germania, del 65,8% della Francia, del 76,1% degli Stati Uniti. La presenza di operatori privati specializzati e qualificati sia nel campo delle prestazioni sanitarie che dell’assistenza, con servizi resi accessibili attraverso strumenti assicurativi integrativi, permette di fornire servizi più adeguati. Un esempio paradigmatico, secondo il Censis, è quello dell’assistenza domestica tramite badanti a persone anziane o disabili, la cui domanda è decisamente in crescita. Non solo l’Italia è il Paese dell’area Ocse con la più elevata percentuale di familiari che prestano assistenza a persone anziane o disabili in modo continuativo (il 16,2% della popolazione: il doppio, ad esempio, della Svezia). Ma oggi le famiglie sono in gran parte costrette a reclutare le badanti autonomamente attraverso canali informali, le pagano di tasca propria, con forme diffuse di irregolarità lavorativa, senza garanzie sulla loro professionalità e affidabilità.

**La «white economy», volano per la crescita e l’occupazione.** Da una integrazione degli strumenti di welfare pubblici con il mercato sociale privato, puntando a valorizzare l’economia della salute, dell’assistenza e del benessere delle persone (la «white economy»), “può scaturire una vera rivoluzione produttiva e occupazionale, utile a risollevare l’Italia dalla prolungata fase di stagnazione”. Secondo il Censis, infatti, “considerato nell’insieme, il sistema di offerta di servizi di diagnostica e cura, farmaci, ricerca in campo medico e farmacologico, tecnologie biomedicali, servizi di assistenza a malati, disabili, persone non autosufficienti genera oggi un valore della produzione di oltre 186 miliardi di euro, pari al 6% della produzione economica nazionale, con una occupazione di 2,7 milioni di addetti”. Questa articolata filiera comprende le attività dei servizi sanitari (110,9 miliardi di euro di produzione e 1,2 milioni di occupati), i servizi di assistenza sociale (21,6 miliardi e 447mila addetti), l’industria farmaceutica (26,6 miliardi e 60mila addetti), la produzione di strumenti biomedicali, elettromedicali, di diagnostica e i relativi servizi (17,6 miliardi e 53mila addetti). Nel cluster va considerato anche il vasto segmento dell’assistenza personale, delle badanti e dell’accompagnamento, che genera 9,4 miliardi di valore con quasi 1 milione di addetti. Tuttavia, manca ancora una matura consapevolezza collettiva. Alla domanda su come si pensa di affrontare in futuro la vecchiaia ed eventuali malattie, il 52,5% degli italiani mostra un atteggiamento fatalista (non ci pensa o rinvia il problema), il 26% conta sui propri risparmi, il 25% si affida al welfare pubblico, l’8% all’aiuto dei familiari e solo il 4% ha stipulato polizze assicurative.

“Appare ormai maturo il tempo di una nuova integrazione tra pubblico e privato, capace non solo di garantire la tutela sanitaria e sociale delle persone, ma anche di favorire la crescita economica, a partire dai territori”, ha detto **Pierluigi Stefanini, Presidente del Gruppo Unipol**. “Se sapremo superare i pregiudizi consolidati, il pilastro socio-sanitario, inteso non più solo come un costo, può divenire una solida filiera economico-produttiva da aggiungere alle grandi direttrici politiche per il rilancio della crescita nel nostro Paese”, ha concluso Stefanini.

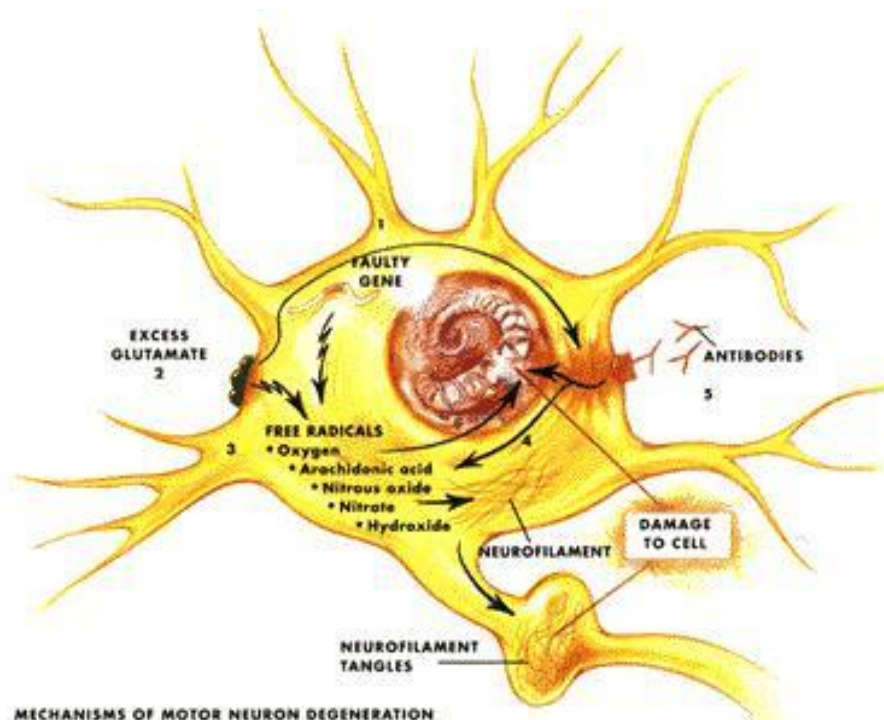
“Nei lunghi anni della recessione le famiglie italiane hanno supplito con le proprie risorse ai tagli del welfare pubblico”, ha detto **Giuseppe Roma, Direttore Generale del Censis**. “Oggi questo peso inizia a diventare insostenibile. Per questo è necessario far evolvere il mercato informale e spontaneo dei servizi alla persona in una moderna organizzazione che garantisca prezzi più bassi e migliori prestazioni utilizzando al meglio le risorse disponibili”.

(Fonte quotidianosanita)



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



# La mappa cerebrale del dolore

## È stata identificata grazie e un complesso studio pubblicato su *Annals of Neurology*, che ha coinvolto cinque studiosi italiani e due inglesi

L'estate è ormai arrivata e con essa anche tanti fastidiosi insetti che potremo incontrare sempre più spesso sia in vacanza che in città: in questa stagione alle nostre latitudini il loro ciclo vitale li rende più numerosi e il caldo ci porta ad esporre più ampie aree di cute rendendoci facilmente preda di eventuali punture di vespe, calabroni o zanzare. Senza contare i fastidiosi risvegli in campeggio, se non addirittura nelle villette di campagna, per il solletichio di qualche formica che si è inopportuno infilata nel nostro sacco a pelo o nel letto per poi passeggiarci addosso, come d'altronde può capitarci anche se solo ci sediamo all'ombra di un albero a riposare.

### **Homunculus doloroso**

Può sembrare strano che per una sistematizzazione scientifica di esperienze così comuni ci sia voluto un complesso studio pubblicato su *Annals of Neurology*, la rivista dell'American Neurological Association, da due Università inglesi (Londra e Bournemouth) e due italiane (Modena e Reggio Emilia) che ha coinvolto cinque studiosi italiani e due inglesi diretti da Flavia Mancini, ricercatrice che lavora da anni anche oltremarina. Ma per identificare le aree cutanee più sensibili al dolore e al tatto è stato necessario valutare 27 persone, con un lavoro certosino che ha portato alla ricostruzione di una mappa cutanea mai creata prima che ha fornito non poche sorprese come il sospetto che nel nostro cervello esista una sorta di omino addetto al dolore, una rappresentazione virtuale del nostro corpo nei neuroni ai quali pervengono tutte le sensazioni dolorose.

### **Homunculus sensitivo**

Finora si pensava che di queste sensazioni si occupasse un altro "omino virtuale" già scoperto dal neurologo tedesco Korbinian Brodmann agli inizi del '900, il cosiddetto *homunculus sensitivus* che in latino sta per Omino addetto alla Sensibilità, il quale, quando una sensazione eccede, inizierebbe a farci sentire dolore. Toccando un calorifero ne sento il calore, ma se tocchiamo un ferro da stiro acceso sentiamo dolore. E dunque che cos'era finora il dolore? La qualificazione di una sensazione che oltrepassa il limite del cosiddetto «cancello della sensazione dolorosa» che Ronald Melzack e Patrick Wall ipotizzarono negli anni '60. Un cancello che riguarda non solo sensazioni termiche o traumatiche, ma anche tattili, come sanno bene i cinesi che, con le loro sofisticate torture a base di solletico, riescono a farle diventare anche molto spiacevoli.

### **Un pugno in una carezza**

E non è tutto: in neurologia esiste un fenomeno noto come *allodinia*, la sensazione dolorosa scatenata da stimoli normalmente non dolorosi (un bacio o un buffetto sulla guancia, ad esempio) e che, con una perifrasi, potremmo chiamare un pugno in una carezza. Oltre all'allodinia cutanea c'è anche quella termica (appoggiando la mano sul calorifero sembra di toccare un fiammifero acceso) oppure quella dei cefalalgici per i quali normali stimoli olfattivi, visivi o sonori possono diventare fonte di dolore perché il loro cancello, indebolito dalla cronica situazione di mal di testa, si apre prima. Secondo Ramy Burstein dell'Harwards Medical School di Boston l'allodinia deriverebbe da alcuni neuroni difettosi nei nuclei mediali del talamo, stazione cerebrale da cui passano le informazioni sensitive provenienti da ogni parte del corpo e Wisam Dieb della Université d'Auvergne di Clermont-Ferrand ha recentemente scoperto che a quei neuroni mancherebbe dopamina, la stessa sostanza carente nel Parkinson, tant'è vero che una componente importante della malattia del tremore è proprio il dolore.

### **Antropologia del dolore**

Ciò che distingue il dolore da un semplice messaggio sensoriale sovradimensionato –scrive David Le Breton nel suo libro *Antropologia del dolore*– è il fatto che va a incidere sull'identità dell'uomo e a volte la frantuma. Probabilmente è quello il momento in cui l'*homunculus sensitivus* cede il passo all'*homunculus dolorosus* che i ricercatori italo-inglesi hanno individuato in un'area del cervello

chiamata corteccia insulare, a livello dei cosiddetti opercoli. Ma i sette studiosi hanno capito anche che sulla superficie del nostro corpo ci sono punti in cui il cambio della guardia fra i due homunculi avviene molto rapidamente perché queste zone sono così innervate da particolari fibre nervose (le A $\delta$  e le C di piccolo calibro) che il passaggio da semplice sensazione a dolore è quasi immediato. L'homunculus doloroso sarebbe poi molto più fine del suo collega sensitivo, in quanto è capace di distinguere stimoli dolorosi molto piccoli e a minima distanza fra loro, sia spaziale che temporale, cosa che l'homuncolo sensitivo riesce a fare solo in certe aree del corpo come le labbra e comunque in maniera più grossolana.

#### **Fachiro tattile**

Fra i soggetti esaminati ce n'era uno particolare usato come controllo perché vent'anni prima per una rara neuropatia di origine virale aveva perso dal collo in giù tutte le fibre A $\beta$  che sono quelle responsabili della percezione di stimoli tattili e pressori, lasciando invece intatte le A $\delta$  e le C adibite alla trasmissione del dolore e si era così trasformato in una sorta di fachiro per il tatto, ma non per il dolore. Questo 61enne poteva superare con assoluta tranquillità le più sofisticate torture cinesi a base di solletico, ma dopo la puntura di una zanzara aveva le stesse reazioni dolorose di ognuno di noi.

#### **Torture**

Alla fine dello studio le aree più sensibili sia al tatto che al dolore sono comunque risultate i polpastrelli delle dita, come peraltro già sapevano antichi torturatori come quelli del Paese del Sol Levante che, nella tortura "ana-tsurushi" usavano praticare la trafittura di punte acuminate tra unghie e polpastrelli. E ancora oggi l'iniziazione e l'affiliazione alla mafia nigeriana Ascia Nera prevede riti in cui per testare la resistenza al dolore del novizio gli viene inciso l'intero polpastrello di un pollice.

I ricercatori italo-inglesi hanno scoperto che la pelle glabra delle dita è più sensibile di quella provvista di peluria e anche la cute della fronte è ugualmente sensibile, sia per il dolore che per il tatto. Quindi, se una formica si mette a passeggiarvi sulla fronte mentre siete sdraiati sotto un albero, ve ne accorgete subito. È anche risultato che esiste un incremento lineare della sensibilità tattile dal centro del corpo verso le estremità, per cui finché quella formica vi cammina sul torace potreste anche non accorgervene, ma quando arriva sul braccio e poi sul polso non potrete resistere al fastidio. Per la sensibilità dolorifica avviene invece il contrario: la puntura di una vespa o di una zanzara fa meno male su una mano che su una spalla perché la sensibilità al dolore subisce una riduzione lineare andando dal corpo verso le estremità. Questo fenomeno manca nella cute delle gambe dove si mantiene ancora un incremento lineare della sensibilità tattile dal centro verso le estremità e una formica che vi cammina sulle caviglie la sentirete di più di una a passeggio sulle cosce, ma non c'è la riduzione lineare della sensibilità al dolore dalle estremità verso il centro, cosicché la puntura di un insetto sarà ugualmente spiacevole su tutta la gamba.

#### **11 DIVERSE AREE**

Per arrivare a questi risultati i ricercatori hanno sottoposto a stimoli tattili o dolorifici 11 diverse regioni del corpo in due gruppi di 16 e 10 volontari, utilizzando i cosiddetti filamenti di Von Frey (diametro 0,4 mm. e peso 1 gr) per la stimolazione tattile, mentre per quella dolorifica è stato usato un microlaser con un raggio di 1,3 mm acceso ogni volta per 1 secondo. Il fachiro tattile sentiva solo gli stimoli dolorosi e non ha mai percepito i filamenti di Von Frey perché le sue vie nervose per il trasporto di queste sensazioni al cervello erano interrotte.

#### **Occhio non vede mano non duole**

Ma riguardo al dolore tutti siamo un po' fachiri a seconda che possiamo osservarne o meno la fonte: così come vedere il medico mentre ci fa una puntura sembra far più male, così se vediamo una vespa mentre ci sta pungendo sentiamo più dolore di quando ne siamo colti a sorpresa. A dimostrarlo è stata sempre Flavia Mancini in uno studio precedente pubblicato sul Journal of Cognitive Neurosciences insieme ai colleghi inglesi dell'University College di Londra e a quelli italiani dell'università Bicocca e dell'Istituto Auxologico di Milano. Quella ricerca aveva dimostrato che imbrogliando il sistema visivo si prova meno dolore perché le aree visive del cervello forniscono informazioni sbagliate a quelle per il dolore che finiscono col non credere alle informazioni in arrivo dalla mano. Mettendo uno specchio fra le due mani di qualcuno che le tiene poggiate su un tavolo gli sembrerà di vederle entrambe uguali davanti a sé. Se viene punta quella che si trova dietro lo specchio, accade che, in maniera quasi automatica il soggetto la scambi cognitivamente per l'immagine riflessa dell'altra: la sensazione dolorosa andrà allora in conflitto con quella visiva e il dolore sarà minore: oggi sappiamo che ad essere imbrogliato è l'homunculus doloroso...

#### **tdcs oltre lo specchio**

Dopo aver visto che la corteccia visiva poteva modulare le vie dolorifiche, il gruppo della Mancini ha cercato di pilotare questo effetto e ha scoperto che era possibile aumentarne la forza grazie alla tDCS, acronimo di transcranial direct current stimulation, cioè stimolazione transcranica a corrente diretta, la meno invasiva delle neuro-stimolazioni.. In 24 soggetti sono stati usati stimoli elettrici di tipo anodico a livello della corteccia occipitale destra e centro-parietale agendo sulle connessioni fra l'area visiva deputata alla rappresentazione corporea e le aree per la sensazione del dolore: l'effetto analgesico del trucco dello specchio è stato ulteriormente potenziato dagli impulsi della tDCS. «L'importante rilevanza clinica delle insperate opzioni di trattamento offerte dalla stimolazione non invasiva sia del cervello che del cervelletto e del midollo spinale mi vede interessato in prima persona per le tecniche sviluppate dal Policlinico di Milano e impiegate da numerosi gruppi di ricerca internazionali che con esse stanno riportando incoraggianti risultati –commenta il professor Alberto Priori del Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università di Milano– La tDCS è certamente una tecnica promettente che pure noi usiamo e di cui si parla sul prossimo numero del prestigioso The Journal of Physiology, la rivista fondata da Sir Charles Scott Sherrington, uno dei padri della moderna neurologia. Sono orgoglioso di anticipare che la review su queste metodiche che giorno per giorno assumono una crescente importanza è stata affidata al nostro gruppo di Neurostimolazione, un importante riconoscimento da parte della comunità scientifica internazionale per il lavoro svolto dai nostri laboratori in questo campo».

(Fonte corrieredellasera)

# Alzheimer. Oltre un malato su tre ha una diagnosi inesatta. Criteri rivisti per una valutazione più attendibile

*Ad affermarlo è un gruppo internazionale di ricercatori, guidati da Bruno Dubois dell'INSERM. Dal 2007, il team ha ridefinito i criteri diagnostici della malattia, introducendo i biomarcatori e oggi, in una pubblicazione su the Lancet Neurology, li ha ulteriormente semplificati. Riflettori sulla MRI volumetrica e sulla PET con fluorodesossiglucosio*

Negli ultimi otto anni, un gruppo internazionale di neurologi, guidati dal Professor Bruno Dubois dell'INSERM (Institut National de la Santé e de la Recherche Médicale), ha ridefinito i criteri diagnostici della malattia di Alzheimer, stabiliti nel 1984. Oggi, in un position paper su The Lancet Neurology, i ricercatori aggiornano i criteri dell'International Working Group IWG (messi a punto insieme allo statunitense National Institute on Aging—Alzheimer's Association), proponendo un avanzamento per migliorare la struttura diagnostica. Ecco i riferimenti della pubblicazione: Bruno Dubois et al., *Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria, the Lancet Neurology*, Volume 13, Issue 6, Pag. 614 - 629, Giugno 2014)

Secondo i ricercatori, infatti, più di una persona su tre non riceve una diagnosi corretta e, per questo motivo, i criteri diagnostici devono essere resi il più possibile attendibili e semplificati.

Con questo obiettivo, i ricercatori hanno collaborato per semplificare l'algoritmo per la diagnosi; nella comunicazione INSERM (Salle de presse de l'Inserm – Maladie d'Alzheimer : un diagnostic simplifié, avec les critères les plus fiables, <http://presse-inserm.fr/maladie-dalzheimer-un-diagnostic-simplifie-avec-les-criteres-les-plus-fiables/12970/>) si legge che tale algoritmo “è importante, in primo luogo per la ricerca, (trial terapeutici, caratterizzazione della malattia, monitoraggio delle coorti dei pazienti). Al di fuori della ricerca, l'uso di biomarcatori, che è costoso e/o invasivo, rimane attualmente limitato a pazienti giovani o a casi complessi in centri specializzati”.

“Suggeriamo che i biomarcatori topografici della malattia, come la MRI volumetrica e la PET con fluorodesossiglucosio, potrebbero fornire un supporto migliore nella misurazione e nel monitoraggio del decorso della malattia. Questo documento elabora anche i criteri diagnostici specifici per le forme atipiche di AD, per le AD miste, e per gli stati preclinici di AD”, si legge nello studio.

In particolare, nella maggior parte dei casi, la diagnosi di Alzheimer si basa in primis su un quadro clinico indicativo, che viene successivamente confermato o scartato utilizzando biomarcatori, riferiscono i ricercatori.

## **Ecco alcuni criteri.**

All'interno del quadro clinico, ci sono tre possibili scenari:

**casi tipici** (80-85% del totale): indebolimento della memoria a lungo termine episodica (conosciuta come tipo di sindrome amnestica dell'ippocampo e corrispondente a difficoltà a ricordare un elenco a parole, anche con indizi, ad esempio)

**casi atipici** (15-20% dei casi): atrofia della parte posteriore della corteccia cerebrale o afasia logopenica (deficit della memoria verbale in cui il paziente inverte le sillabe di una parola quando ripeterlo, per esempio), o danno cerebrale frontale (che si traduce in problemi comportamentali)

**Stati preclinici:** stati asintomatici a rischio (pazienti senza sintomi, ma che si scopre fortuitamente, durante indagini scientifiche, che hanno biomarcatori positivi durante gli studi scientifici), e stati presintomatici (con una mutazione genetica).

Inoltre, secondo gli scienziati, tra i criteri per la diagnosi, è necessario che sia presente **uno dei seguenti due biomarcatori:**

-nel fluido cerebrospinale (ottenuto mediante puntura lombare): livelli anormali di proteine cerebrali (una riduzione della proteina beta-amiloide e un aumento della proteina tau)

-nel cervello mediante la PET (tomografia a emissione di positroni): ritenzione elevata del tracciante di amiloide.

Ripercorrendo la storia diagnostica della malattia, fino ad alcuni anni fa, era necessario attendere il decesso del paziente per stabilire con certezza una diagnosi di Alzheimer, esaminando le lesioni cerebrali, riferisce l'INSERM, che sottolinea che dal 2007, il team di ricerca internazionale guidato da Bruno Dubois ha messo a punto dei nuovi criteri, introducendo i biomarcatori, che, come una sorta di 'firma' della malattia, sono presenti fin dall'esordio. Bruno Dubois afferma che **“con questi nuovi criteri il 36% dei pazienti inclusi in un trial clinico, basato su precedenti criteri clinici, non avevano la malattia di Alzheimer”**. Di conseguenza, i pazienti non ricevevano le cure o i trattamenti più adeguati, secondo i ricercatori. Così, dal 2007, i ricercatori hanno analizzato sistematicamente la letteratura per rendere i criteri più semplici e attendibili.

(Fonte quotidianosanita)