



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Sanità  
da terzo mondo

La Commissione Igiene e Sanità ha analizzato le prestazioni di tutti i territori del Belpaese. Nelle cinque province risultati da 'ultimo delle classe'

Tra le Regioni sottoposte al piano di rientro la Campania è quella che fa peggio: lontana l'erogazione dei servizi di base

## Negata anche l'assistenza minima

*Ospedali nostrani bocciati dal Senato per posti letto e reparti d'emergenza*

di **Ciro Crescentini**

**NAPOLI** - Il rapporto della dodicesima commissione permanente Igiene e Sanità del Senato sullo stato e le prospettive del servizio sanitario nazionale evidenzia rilevanti differenze regionali per quanto concerne la funzionalità dei Lea (Livelli essenziali di assistenza) ovvero le prestazioni ed i servizi che devono essere garantiti a tutti i cittadini. Secondo l'organismo parlamentare, gli indicatori relativi all'assistenza ospedaliera sottolineano un miglioramento in tutte le Regioni nelle quali è stato attuato il piano di rientro (politiche gestionali e aziendali improntate ad austerità, insomma, con l'obiettivo di rivedere al ribasso le voci di spesa e rientrare nei limiti imposti dal governo centrale). La Campania si presenta anche in questo caso come l'eccezione che conferma la regola. Da noi, che pure siamo stati interessati dal Piano di rientro, non c'è stato alcun progresso per quanto riguarda i servizi di degenza e di ricoveri in ospedale; l'utilizzo delle sale operatorie e il supporto delle dell'attività chirurgica; la dotazione totale di posti letto (2,5 ogni mille residenti) rimane in inferiore al valore di riferimento (3,7 ogni mille residenti). Minore rispetto alle altre regioni la soglia di adeguatezza nell'area dell'emergenza territoriale. Negativi anche i responsi sul tempo occorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della centrale operativa e la 'disponibilità' del primo mezzo di soccorso. Sanità campana bocciata anche sul fronte della dotazione di posti letto nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti che risulta inferiore al limite stabilito (10 posti letto ogni mille anziani). I tagli alla Sanità hanno dato una sistemata ai conti. Ma ora il

risultato è stata la situazione attuale nella quale i cittadini campani non ricevono più le cure di cui hanno bisogno. I tagli lineari hanno avuto conseguenze in particolare su posti letto, assunzioni e stipendi del personale, spesa per i farmaci e servizi offerti. E così, soprattutto in Campania e nelle regioni meridionali. I tagli alla sanità pubblica conseguono tutta una serie di effetti che preoccupano le organizzazioni sindacali dei lavoratori. *"La riduzione di spesa è stata innanzitutto accompagnata da un notevole ridimensionamento degli investimenti per lo sviluppo delle tecnologie e delle infrastrutture"*, dicono gli esponenti della Cgil Medici. La Campania e le Regioni sottoposte al piano di rientro, all'austerità e alle politiche 'lacrime e sangue' nel settore della Sanità, risultano inadempienti nel mantenimento dei



livelli essenziali di assistenza. Tale situazione è resa ancora più problematica dalla crisi economica, che ha reso difficile per i pazienti spostarsi da una zona all'altra per ricevere le cure.

Alla riduzione della spesa pubblica per la Sanità, inoltre, non è corrisposto un aumento della spesa privata. L'anno scorso, gli italiani hanno speso per la propria salute il 4 per cento. La media italiana è di 463 euro pro capite stanziati dal governo, ma le differenze lungo la Penisola sono notevoli: si va dai 707 euro del Trentino Alto Adige ai 239 della Campania. Ancora una volta le regioni più in difficoltà sono quelle meridionali e quelle sottoposte a misure più drastiche di contenimento della spesa. Negli ultimi anni, gli esponenti del governo regionale di via Santa Lucia si sono preoccupati troppo, ed esclusivamente, di fare quadrare i conti, senza che tale opera ragionieristica e tecnocratica fosse accompagnata dalla necessaria riorganizzazione e riqualificazione del servizio sanitario. Una cosa, a questo punto, appare chiara: la situazione della sanità pubblica è giunta ad un livello tale che peggio non si può fare. I cittadini, ormai, hanno rinunciato a tutte le visite non strettamente indispensabili. Tutto per risparmiarsi il calvario della burocrazia, delle liste d'attesa infinite e, infine, per risparmiare soldi che non spetterebbe ai cittadini 'investire'.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Tetti di spesa e prescrizioni, rivolta dei medici

**NAPOLI.** Ancora agitazione tra i medici napoletani. Stavolta ad alimentare la protesta la vicenda del raggiungimento dei tetti di spesa per alcune specialità convenzionate. Vicenda al contempo atroce e singolare, retaggio per quest'anno di gestioni regionali precedenti».

**LA NOTA DELL'ANAAO.** È quanto scrive in una nota il coordinatore regionale dell'Anaa-As-somed, il sindacato dei medici ospedalieri «È atroce che un cittadino, a partire dall'estate, venga penalizzato dal servizio sanitario regionale. Ed è singolare che la vicenda dei raggiungimenti dei tetti di spesa si presenti ogni anno in maniera puntuale. Come evitarla? Rivedendo i tetti di spesa controllando appropriatezza delle prescrizioni, evitando ripetitività talora inutili e sprechi» scrive ancora Verde.

E suggerisce: «Altra correzione potrebbe essere rappresentata dalla spalmatura dei tetti di spesa nell'arco dei 12 mesi e ripeto da controlli seri sull'appropriatezza e adeguate contromisure per quanti violino le regole deve essere chiaro a tutti a partire dal presidente De Luca che altre risorse dal centro non arriveranno e che quindi la strada maestra non è rappresentata dal razionamento delle risorse ma dalla loro razionalizzazione».

**CAOS ANCHE TRA I MEDI-**



**CI DI FAMIGLIA.** Stato di agitazione anche tra i medici di famiglia che mettono sotto accusa il modello unico di prescrizione. Luigi Sparano, segretario provinciale di Napoli della Fimmg, il sindacato della medicina primaria e di famiglia, punta il dito sulle novità introdotte nel recente decreto commissariale numero 56 del 29 maggio scorso, da pochi giorni entrato in vigore dopo la pubblicazione sul Burc. Per Sparano l'obiettivo è quello di «razionalizzazione della spesa farmaceutica in Campania, all'insegna della burocrazia». Sotto accusa il modello unico di prescrizione, un modulo cartaceo, da allegare ad ogni ricetta dematerializzata, in cui i medici, sia territoriali sia ospedalieri, dovranno dettagliare l'anagrafica del paziente, i dati clinici e la scelta terapeutica. Un modulo che dovrebbe servire a monitorare l'appropriatez-

za prescrittiva incentivando generici, equivalenti e biosimilari. In realtà pochi risparmi e tanta burocrazia e altrettanti disagi per medici e pazienti. Proprio ieri è partita una diffida, firmata da Luigi Sparano indirizzata ai sub commissari alla Sanità regionale Mario Morlacco e Ettore Cinque e ai direttori generali delle sette Asl Campane. «L'obbligo per i medici, contenuto nel decreto - avverte Sparano - può configurare l'interruzione della continuità terapeutica per i pazienti affetti da patologie croniche ma stabilizzati dalla terapia in atto, con inevitabili ripercussioni sia etiche, sia medico-legali». Nella diffida si evidenzia inoltre l'impossibilità di individuare nelle prescrizioni continuative i pazienti neo arruolati in terapia o cronici al momento della richiesta in diverse farmacie creando di fatto un grosso disagio per i cittadini.

# quotidianosanità.it

Giovedì 09 LUGLIO 2015

## Campania. De Luca avvia controlli a tappeto su gestione sanità

***"Useremo un rigore spartano" per rendere la Campania "una casa di vetro". È quanto si legge in una nota della Regione nella quale si informa che De Luca, anche a seguito dell'[indagine della Magistratura sull'ASL Napoli 2 Nord](#), ha scritto alla Direzione risorse strumentali per chiedere di ricevere tutti i dati necessari alle verifiche. [LA LETTERA](#)***

Via libera, in Campania, a un'operazione di controllo per rendere la Regione "una casa di vetro" attraverso un "rigore spartano". È quanto si legge in una nota della Regione che informa che il **presidente Vincenzo De Luca** ha scritto alla Direzione risorse strumentali per chiedere di ricevere subito tutti i dati necessari a fare chiarezza sulla gestione della sanità regionale.

In particolare, informa la nota, "il presidente De Luca ha già avviato un'attività di controllo generalizzato sulle società partecipate e sugli enti e gli organismi controllati o dipendenti dalla Regione". Nel dettaglio "è stata avviata una ricognizione delle attività poste in essere da detti enti in materia di gestione del personale dall'inizio del corrente anno, con particolare riguardo ad eventuali procedure di assunzione a tempo determinato e/o indeterminato, di stabilizzazione e di conferimento incarichi dirigenziali a cominciare da ARSAN e SORESA". Inoltre "si è già avviata una ricognizione delle spese relative a fitti passivi, al parco auto ed ai contratti di leasing attualmente in essere, per la determinazione degli interventi più appropriati per la revisione della spesa e l'eliminazione di ogni condizione di privilegio e parassitismo".

"La Regione Campania – si legge ancora nella nota - segue con la massima attenzione l'indagine della Magistratura sull'ASL Napoli 2 Nord e sosterrà con decisione tutte le iniziative rivolte al raggiungimento degli obiettivi di legalità e trasparenza".

## Autismo. Via libera al ddl a Montecitorio. Ma la Sanità pubblica è «logorata»

**ALESSIA GUERRIERI**

ROMA

Il ddl sull'autismo esce da Montecitorio a tempo di record. Appena due giorni di discussione per approvare a larghissima maggioranza - 296 sì, 6 no e 90 astenuti (Sel e M5s) - la legge che prevede per la prima volta una serie d'interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico (Dsa). Ora il testo passa al Senato, per il via libera definitivo, dopo che la Camera ha aggiunto due nuovi articoli: uno sull'aggiornamento triennale delle linee d'indirizzo dell'Istituto superiore di sanità e l'altro sui progetti di ricerca. C'è grande soddisfazione per «un'approvazione rapida» nelle parole della relatrice Paola Binetti (Ap), che considera il ddl «una bella risposta data alle famiglie», anche se non «è pienamente soddisfacente», visto che serve più ricerca sul Dsa. Se per il ministero della Salute il testo «può dare risposte a molte famiglie», dalla Lega - che comunque ha votato sì - e Sel continuano a lamentare l'assenza di fondi specifici. Un neo anche per il deputato Gian Luigi Gigli (Per l'Italia - Centro democratico), per cui il ddl «resta di fatto poco più di una dichiarazione di intenti», comunque apprezzabile. Nello stesso giorno in cui Montecitorio approva il ddl autismo, che lega i servizi all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, è proprio la commissione Sanità di Palazzo Madama a scattare la fotografia della sistema sanitario nazionale. Il contenimento dei costi più che a una maggiore efficienza - sottolinea la relazione - sta portando «effetti preoccupanti» sul funzionamento dei servizi e sulla cura dei cittadini. Dal 2010 così si assiste a un «lento logoramento» che non può più essere né «ignorato» né «sottovalutato». I senatori, in dieci punti, provano inoltre a indicare la via che il mondo della salute pubblica dovrebbe intraprendere per mantenere le sue caratteristiche di universalità ed equità. Punto primo: stop ai tagli. Inoltre, subito i nuovi Lea, riprogrammare le esigenze di personale per assicurare turni meno massacranti negli ospedali e nelle Asl. E, ancora, basta differenze regionali nelle cure, revisione della colpa medica e dei percorsi di formazione. Infine, innovazione e assistenza territoriale.

Sabato 11 LUGLIO 2015

## Terapie del dolore e cure palliative. Sono un diritto riconosciuto ma solo 1 italiano su 5 le conosce

***Lo rivela un'indagine dell'associazione 'Vivere senza Dolore'. Il punto è stato fatto in occasione della cerimonia di premiazione del premio giornalistico "38 volte basta!" dedicato a Francesco Marabotto giornalista dell'Ansa, prematuramente scomparso dopo una lunga malattia.***

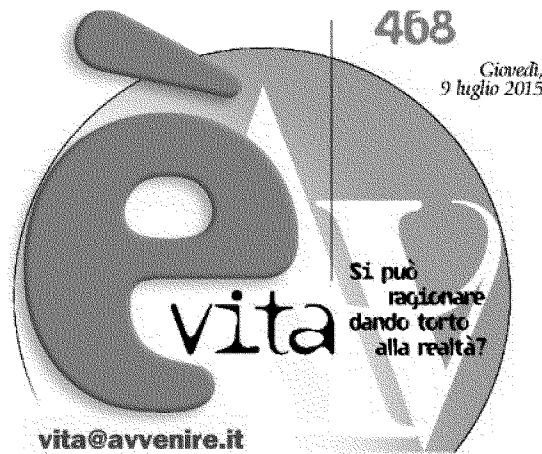
Poter limitare la sofferenza fisica è un diritto riconosciuto dalla legge, ma solo il 18-19% degli italiani, conosce le terapie del dolore e le cure palliative, un numero fortemente in calo rispetto al 30% del 2012. Lo rivela un'indagine dell'associazione 'Vivere senza Dolore' che ha fatto il punto in occasione della cerimonia di premiazione del premio giornalistico "38 volte basta!" dedicato a **Francesco Marabotto** giornalista dell'ANSA, grande esperto del settore medico-sanitario, prematuramente scomparso dopo una lunga malattia.

Il premio, indetto dall'Associazione Onlus Antea, che a Roma si occupa di malati terminali, "nasce per sensibilizzare i giornalisti e promuovere la conoscenza Legge 38 del 2010, ancora troppo poco nota", ha sottolineato **Claudia Monti**, presidente Antea. Sul tema c'è, infatti, ancora molta confusione. "Le cure palliative si dovrebbero rivolgere a circa 300.000 cittadini ogni anno nel nostro Paese. Ma non tutti vi accedono anche perché ne ignorano l'esistenza", ha affermato **Giuseppe Casale**, coordinatore sanitario del centro Antea.

"Il problema - ha spiegato **Marco Spizzichino**, dirigente Ufficio Cure Palliative e Terapia del Dolore del Ministero della Salute - riguarda tutti, dai bambini agli anziani, in particolare quelli affetti da demenza. Ancora oggi 44.000 persone, secondo l'ultima relazione del Governo al Parlamento sull'attuazione della legge 38, muoiono nei reparti per acuti con costi maggiori e tipo di assistenza non appropriato". Una situazione che chiama in causa anche i mezzi di informazione.

Tema scomodo e non amato dai media, le cure palliative e la terapia del dolore "fanno fatica a trovare spazio nell'informazione, sono ancora vittime di un pregiudizio culturale molto forte. Ci sono barriere da abbattere. Immagino quanto sia difficile per un giornalista far passare tematiche di questo tipo", secondo **Daniela De Robert**, giornalista Rai e moglie di Marabotto. "Erano però tematiche - ha ricordato - che a Francesco erano molto a cuore. Ha iniziato a scrivere 'dal fronte', quando studiava ancora medicina ed era malato. Questa sua esperienza di malato che scrive è stato il suo imprinting nel modo di portare avanti la sua professione di giornalista".

Quanto ai vincitori, primo classificato è l'articolo di Vera Michela Martinella "Hospice usati più di prima, ma male" pubblicato sul Corriere.it, secondo quello di Cesare Sangalli "No, woman no cry" pubblicato su Altre voci.it, terzo "Addio al dolore: la genetica ci curerà" di Cinzia Pozzi uscito su Ok Salute e Benessere.



## Cure palliative, in corsia persone non corpi

di Silvia Guzzetti

*Mettersi a fianco di un malato terminale, anche solo per bere insieme un tè: il rispetto della dignità è il primo impegno dei palliativisti del St. Christopher Hospital di Londra, dove nacquero grazie a Cicely Saunders queste terapie innovative.*

«**S**esso la cosa più importante che offriamo ai nostri pazienti è una tazza di tè e la possibilità di parlare della morte. Ed è quello che vogliono davvero. Qualcuno che li ascolti e che condivida con loro questo ultimo viaggio senza spaventarsi e senza scappare. Senza volere, a tutti i costi, fare qualcosa». Jane Manns e Sandie Bare, infermiere al St. Christopher's hospice, nel quartiere di Sydenham, nel sud di Londra, sono le eredi di Cicely Saunders. Fondatrice di un movimento che, soltanto negli Stati Uniti, aiuta oggi a morire a casa loro un milione di persone. Responsabili di infermiere che seguono, insieme a decine di volontari, centinaia di pazienti ogni anno, Jane e Sandie raccontano la sconfitta del *total pain*, il dolore totale, fisico, psicosociale e spirituale dei malati terminali, scoperto dalla Saunders sessant'anni fa. Basti pensare ad Alan, 72 anni, malato incurabile di cancro alla prostata, vedovo, abitava da solo, spaventato dall'idea di finire a St. Christopher's. Molti, in questa zona di Londra vogliono tenersi alla larga perché pensano che sia «un ospedale dove si entra per non uscirne più». Jane e Sandie lo incontrano una prima volta per capire come sta e gli chiedono delle fitte provocate dal cancro, ma anche della solitudine e della paura della morte. Alan rischia la depressione e St. Christopher's, dove comincia ad andare ogni tanto per una tazza di tè, gli serve per rompere l'isolamento e sentirsi ancora vivo e importante. Comincia a frequentare il «Big anniversary centre», un salone luminoso, aperto su un giardino, una specie di grande sala da tè, con accesso Internet aperto a tutti gli abitanti del quartiere che vengono qui come si va al bar.

I corsi di musica e d'arte, che il St. Christopher organizza per i 48 pazienti che sono ricoverati qui e gli altri centinaia che vengono curati a casa loro, tengono alto l'umore di Alan. La palestra dove fa esercizio, insieme ad altri anziani, lo mantiene attivo. Comincia una nuova vita, interessante e piena di amici, proprio quando Alan pensava soltanto alla fine. Come voleva la Saunders, pioniera dell'uso della morfina usata non più come soluzione d'emergenza, ma come cura preventiva per impedire al dolore di distruggere fisicamente e psicologicamente i malati terminali. All'hospice si trova la finestra commemorativa del primo vero paziente di Cicely, quel David Sasma, ebreo polacco sopravvissuto all'Olocausto, che diede alla fondatrice i primi soldi per il St. Christopher's. Al suo capezzale la Saunders capì che la professione medica, tutta presa dall'ansia di curare, trascurava i malati per i quali non po-

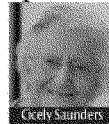
teva più fare nulla che finivano per morire, da soli e nel dolore, in affollati e rumorosi pronto soccorso.

Non così al St. Christopher dove al termine della propria vita i pazienti sono accompagnati da personale medico e familiari nel loro ultimo viaggio. Proprio come san Cristoforo, qui presente dappertutto in quadri e sculture, traghettò Gesù bambino oltre il fiume. In questo hospice oggi non c'è più nessuno che, come quel primo malato terminale della Saunders, muore travolto dal dolore fisico, isolato e lontano dalla famiglia. Parte del primo colloquio riguarda i bisogni spirituali. Jane e Sandie chiedono al paziente che cosa la morte significhi per lui e cercano di capire se vuole un aiuto dal cappellano anglicano. St. Christopher's può mettere in contatto chi arriva qui anche con sacerdoti cattolici, ortodossi, rabbini e imam e offre un orecchio attento a chi sta ancora cercando una strada.

Nel cuore dell'hospice esiste una stanza molto speciale, la «Pilgrim's room», la stanza del pellegrino, dove si sta in silenzio e si viene a pregare, a riflettere e, anche, a consumare il pranzo in silenzio. I grandi cerchi blu e gialli oltre le enormi vetrate e l'altare al centro ricordano la cappella originaria voluta dalla Saunders. «Eravamo tutti cristiani convinti ed era la fede a sostenerci», spiega la dottoressa Mary Baines, amica della fondatrice, parte di quel primo gruppo di pionieri che hanno cambiato il modo di vivere la morte in tutto il mondo. «Oggi apparteniamo a una società multireligiosa e cerchiamo di raggiungere persone di fedi diverse. Qui si evita di fare proselitismo, approfittando delle ultime ore di vita di qualcuno per convertirlo», conclude.

Un enorme registro, accanto all'altare, consente ai parenti di chi muore di lasciare un messaggio. «Il nostro rapporto con la famiglia dei pazienti è fortissimo», spiega Dion Bachmann, responsabile del settore formazione del St. Christopher's, «accompagniamo i parenti con terapie di sostegno quando devono dire addio per sempre a una persona cara, e garantiamo loro un posto dove possono tornare per ricordarla. Molti decidono di fare volontariato qui. Altri vengono ogni tanto, magari per il pranzo e ritornano anche dopo molti anni». A Londra dove migliaia di persone muoiono da sole ogni anno il St. Christopher's rappresenta un'oasi di civiltà che ricorda una società più tradizionale dove lasciare questa vita era un fatto naturale, segnato da riti di comunità. «Sì, c'è la tendenza a trattare la morte come un tabù, a non parlarne mentre noi vogliamo rimetterla al centro della vita e testimoniare che è possibile morire bene e con serenità», conclude Dion Bachmann.

## Cicely Saunders: nella fase finale quei momenti preziosi di crescita



Cicely Saunders

Contraria all'eutanasia perché convinta che gli ultimi mesi di vita di un malato terminale fossero un momento preziosissimo di crescita, spirituale e psicologica, per lui e per la sua famiglia. Questa fu sempre la posizione di Cicely Saunders che si batté, per tutta la vita, perché la legislazione inglese proteggesse i malati terminali.

Cristiana convinta, prima nel movimento evangelico e poi nella Chiesa di Inghilterra, la Saunders scriveva nel 1989 che «la preoccupazione cristiana per la libertà personale comporta un dovere di evitare qualsiasi pressione per far terminare una vita». Secondo la Saunders sono le cure palliative che consentono spesso a intere famiglie di riconciliarsi, nelle ultime settimane di vita del malato, sono la risposta al problema della sofferenza fisica, psicologica e sociale di chi ha il tempo contato. La Saunders, che aveva avuto un'infanzia agiata e infelice e aveva sofferto da adulta per la separazione dei genitori, arrivò alla fede tardi, dopo anni di agnosticismo, dopo aver sentito che Dio la chiamava personalmente ad occuparsi di questi malati lasciati ai margini dalla professione medica. «Diciamo "Questo è il Suo Corpo" di ogni persona che sta morendo», scriveva Cicely che nel 1996 ricevette da papa Giovanni Paolo II l'onorificenza di Dama di Gran Croce dell'ordine di Gregorio Magno, «e le piccole trasformazioni alle quali assistiamo parlano, in continuazione, di un nuovo significato e di una Risurrezione che, alla fine, redimerà tutta la creazione». (S.G.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giovedì 09 LUGLIO 2015

## Istat: 1.313 euro l'anno a famiglia per farmaci e prestazioni sanitarie. +166 euro rispetto al 2013

***Ogni mese la spesa media di ogni famiglia nel 2014 per consumi destinati alla salute è stata di 109 euro, contro i 95 che si spendevano l'anno precedente. Spendono di più i cittadini di Val d'Aosta e Veneto, meno quelli di Sardegna e Umbria. Per i medicinali le famiglie preferiscono la farmacia, in calo chi acquista nella Gdo. [IL REPORT](#)***

Gli italiani spendono sempre di più per farmaci e prestazioni sanitarie. Nell'ultimo anno ben 166 euro in più. Il numero emerge da una nostra elaborazione degli ultimi dati dell'Istat sulla Spesa per i consumi delle famiglie. Dal Report si evidenzia come in media nel 2014 ogni famiglia italiana ha speso per servizi sanitari e prodotti per la salute una cifra stimata di 109,45 euro al mese, pari a 1.313,4 euro l'anno. Un esborso pari al 4,4% della spesa totale delle famiglie che rivela una crescita dello 0,5% rispetto al 3,9% del 2013 dove la spesa media era di 95,63 euro e quella annuale era di 1.147,5 euro.

Aumentano, ancora una volta soprattutto nel Nord, sia le spese per medicinali e altri prodotti farmaceutici sia quelle per servizi ambulatoriali. In generale si spende di più nelle Regioni del Nord e meno in quelle del Centro. Nello specifico, le Regioni in cui i cittadini dedicano ai consumi di salute una percentuale più elevata di budget sono la Valle d'Aosta (5,6%), il Veneto (5,4%), la Puglia (5,2%), la Pa di Trento (5,2%). Le Regioni invece i cui i cittadini spendono meno sono la Sardegna (3,2%), l'Umbria (3,5%), la Campania (3,6%) e la Toscana (3,9%).

Ricorre di più al portafoglio chi abita nei piccoli comuni. Da notare come all'aumentare del titolo di studio la spesa per la salute si abbassa. Profondo anche il divario con le famiglie di cittadini stranieri che spendono per la salute esattamente la metà rispetto a quelle italiane.

Per quanto riguarda i medicinali, diminuisce la percentuale di famiglie che li acquista presso i supermercati (dall'11,3% del 2013 al 9,4% del 2014), a favore delle farmacie (dall'85% all'88%).

**L.F.**

Lo studio:  
pensare di avere  
30 giorni di  
tempo anziché  
un mese aiuta  
a non  
procrastinare  
le scadenze

# I segreti del cervello nei (tanti) impegni che rinviando

ELENA DUSI

**S**E rimandare è un istinto da sempre, internet oggi ne è diventato il miglior alleato. Per evitare eccessive perdite di tempo all'epoca del web, la psicologia si è messa al lavoro, cominciando a trattare la procrastinazione come un problema sociale. Secondo l'American Psychological Association, un individuo su cinque è un "procrastinatore seriale". L'*Economist* ha calcolato che nei 140 milioni di ore che l'umanità ha passato guardando 2 miliardi di volte il video di Gangnam Style si sarebbero costruite altre quattro piramidi di Giza. L'università di Oxford, in un convegno l'anno scorso, ha riesumato la storia di Sant' E-spedito, il martire che sulla croce riporta la scritta "Oggi" perché si ribellò a un corvo che lo invitava a convertirsi solo domani. E per chi non ha la forza di volontà per passare dai panni di Oblomov a quelli del santo, due esperti americani ci offrono dalle colonne di *Psychological Science* una ricetta che si presume infallibile. Per costringerci a fare oggi quel che si potrebbe benissimo rimandare a domani

Le unità di misura più brevi fanno aumentare il senso di impellenza

— suggeriscono Neil Lewis dell'università del Michigan e Daphna Oyserman di quella della Southern California — basta cambiare l'unità di misura del tempo. Pensare che la prossima scadenza sarà fra 30 giorni anziché fra un mese «farà aumentare il nostro senso di impellenza». E calcolando che non si andrà in pensione fra 30 anni, ma fra 10.950 giorni, si inizia a risparmiare con un anticipo quattro volte superiore.

Che il nostro elaborato cervello si faccia ingannare da trucchi tanto ingenui potrà sembrare incredibile, ma è confermato anche da altri esperimenti. L'anno scorso ad alcuni studenti fu chiesto di completare una ricerca in cinque giorni. Ma quelli che avevano come termine il 29 aprile hanno rispettato meglio l'impegno di quelli la cui scadenza cadeva il 2 maggio, nel mese successivo. La spiegazione, secondo i due psicologi americani, affonda in una duplice personalità che alberga in ciascuno di noi: il "me presente" e il "me futuro". Il primo, che si occupa dell'oggi, finisce per assumere un ruolo di comando sul secondo. Spezzettare l'unità di misura del tempo, spiegano Lewis e Oyserman, serve a ridurre la dicotomia fra presente e futuro, e quindi a

riavvicinare le due personalità. «Per agire con efficienza — scrivono i due ricercatori americani — il futuro deve sembrare imminente».

Per due psicologi che ci invitano a sbrigarci, altri due suggeriscono di aspettare un attimo. Alla fine di giugno, alias undici giorni fa, David Rosenbaum dell'università della Pennsylvania ed Edward Wasserman di quella dello Iowa hanno scritto su *Scientific American* che la pre-crasinazione è altrettanto dannosa della pro-crasinazione. La tendenza a spedire una mail importante senza ponderarne il contenuto o a pagare le tasse subito anziché aspettare la scadenza solo per il bisogno di levarsi il pensiero è, scrivono i due docenti, «un altro sintomo delle nostre vite vissute sempre di corsa».

A conciliare le tesi antitetiche dei due gruppi di psicologi è per fortuna arrivato un filosofo. John Perry della Stanford University. Autore del blog *Structured procrastination*, ci invita a escogitare un compito veramente arduo, ma falso, e poi a rimandarlo facendo quel che dovremmo veramente fare. «Fare meno, ingannare se stessi, ma avere lo stesso successo» è la summa della sua filosofia.

IPUNTI

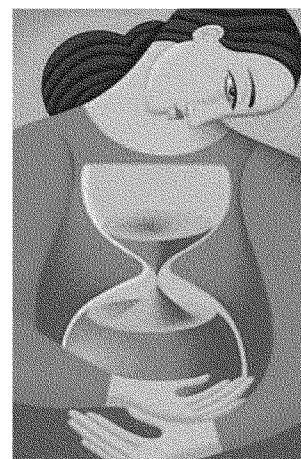


### IL RITARDO CRONICO

Un individuo su cinque è un procrastinatore seriale, secondo i dati dell'American Psychological Association

### IL DOPPIO "IO"

All'interno di ciascuno di noi albergano un "me presente" e un "me futuro" che gestiscono gli impegni di oggi e quelli di domani



### IL BOSS E LO SCHIAVO

Il "me presente" tratta il "me futuro" come uno schiavo, dando maggiore importanza alle scadenze imminenti

### IL FUTURO VICINO

Per riavvicinare il "me futuro" al "me presente" è utile spezzettare l'unità di misura del tempo e pensare in giorni anziché in mesi





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Notizie dalle Province



**L'INCHIESTA** Blitz dei carabinieri, indagati manager di società private e informatori scientifici

## Buferera sull'Asl Napoli 2

Regali ad un primario per ottenere appalti per forniture mediche



● L'ospedale di Pozzuoli

**NAPOLI.** Blitz del Nas in diverse strutture dell'Asl Napoli 2 e in Piemonte. Il tutto nell'ambito di un'inchiesta su forniture di dispositivi medici anche all'ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli. Indagati un dirigente medico, che secondo gli investigatori avrebbe ottenuto regali in cambio dell'aggiudicazione degli appalti, manager di società private e informatori scientifici. Le ipotesi di reato sono quelle di turbativa d'asta e corruzione per sistematiche pratiche corruttive stimate in alcuni milioni di euro.

■ alle pagine 10 e 11

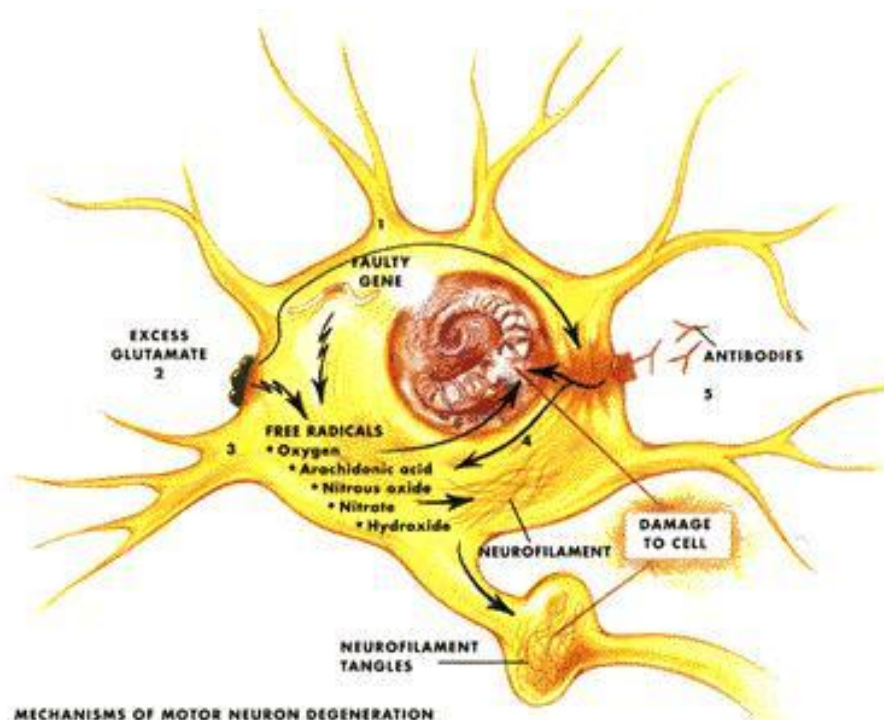
## Perquisizioni e controlli Appalti e favori, indagini in corso sull'Asl Na 2 nord

Un altro scandalo si abbatte sulla sanità campana. Dopo mesi di lavoro ieri mattina è scattato il blitz delle forze dell'ordine per verificare la fondatezza dei sospetti: soggiorni gratuiti per convegni nei quali faceva da relatore e corsi di specializzazione, tutto sponsorizzato dalla ditta a cui un primario dell'Asl Napoli 2 Nord faceva vincere appalti per la fornitura di prodotti sanitari, dai dispositivi medici in campo ginecologico al materiale per l'arredo delle stanze di degenza dell'ospedale di Pozzuoli (Napoli). E' quanto emerso durante le indagini dei carabinieri del Nas di Napoli che ieri mattina hanno eseguito perquisizioni negli uffici in uso al medico indagato, tra Napoli e provincia, e a Collegno (Torino).



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



Mercoledì 08 LUGLIO 2015

## Le extrasistoli ventricolari? Potrebbero non essere affatto ‘innocenti’

**Uno studio pubblicato online sulla rivista dei cardiologi americani suggerisce che le extrasistoli ventricolari rappresentino un fattore di rischio per scompenso cardiaco, un importante problema di salute pubblica per gli anni a venire. La speranza è che, trattando questa comune aritmia, si potrebbe riuscire a prevenire, almeno in parte, l'epidemia dei cuori affaticati.**

In una società sempre più anziana, lo scompenso cardiaco rappresenta una bomba ad orologeria per le finanze pubbliche, destinata ad esplodere da qui ai prossimi anni. Per questo diventa sempre più importante mettere in atto la migliore prevenzione possibile, per mettersi al riparo da questa condizione.

E questo naturalmente passa per il trattamento dei fattori di rischio già noti e per l'individuazione di nuove, finora trascurate condizioni predisponenti.

Un passo avanti in questa direzione lo fa uno studio dell'Università della California di San Francisco (UCSF), appena pubblicato su [Journal of the American College of Cardiology](#) (JACC), che suggerisce come anche le comuni extrasistoli ventricolari, finora considerate non proprio un pericolo, possano al contrario rappresentare un fattore di rischio modificabile per scompenso cardiaco e per la mortalità ad esso correlata.

Le extrasistoli sono dei battiti anomali che possono originare anche dai ventricoli; danno un'alterazione del ritmo cardiaco, che di per se non comporta grandi preoccupazioni e dunque non viene trattata.

I ricercatori americani hanno seguito per oltre dieci anni 1.139 soggetti inclusi nel *Cardiovascular Heart Study*, uno studio di coorte sponsorizzato dal *National Heart, Lung and Blood Institute*, che interessa circa 6.000 persone di età pari o superiore ai 65 anni. I partecipanti allo studio sono stati reclutati tra il 1989 e il 1993 e sono stati sottoposti al momento 'zero', ad una serie di test di base. Quindi, sono stati richiamati annualmente per controlli ambulatoriali e, ogni sei mesi, contattati al telefono per 10 anni.

“Non è possibile escludere del tutto la possibilità – afferma **Gregory Marcus**, Direttore della ricerca clinica presso la Divisione di Cardiologia della UCSF – che le extrasistoli rappresentino un epifenomeno, un marker di scompenso cardiaco. Tuttavia, nessuno dei partecipanti al nostro studio aveva una storia di scompenso cardiaco. Al contrario, la funzionalità ventricolare, valutata all'ecocardiogramma, risultava normale. I risultati del nostro studio suggeriscono che le extrasistoli ventricolari rappresentano un importante predittore di scompenso cardiaco. Resta ancora da appurare la presenza o meno di una relazione di causalità. Qualora questa venisse dimostrata, avremmo a disposizione un nuovo approccio per prevenire la comparsa di scompenso cardiaco”.

In questo studio, i ricercatori americani hanno sottoposto ad ECG Holter (la registrazione dell'elettrocardiogramma per 24 ore) 1.139 dei partecipanti al *Cardiovascular Health Study*, senza storia di scompenso cardiaco e con normale funzione ventricolare all'ecocardiogramma. Questi soggetti sono stati poi seguiti nel tempo per monitorare l'eventuale comparsa di scompenso cardiaco o il decesso. Tra i soggetti esaminati in questo studio, i ricercatori americani hanno notato che una maggior frequenza di extrasistoli ventricolari risultava associata con un'alterazione della funzionalità ventricolare sinistra, con aumentata comparsa di scompenso cardiaco clinicamente rilevante e con una maggiore mortalità correlata allo scompenso.

Visto che le extrasistoli ventricolari sono trattabili sia farmacologicamente, che con la metodica dell'ablazione trans-catetere, gli studiosi americani ritengono che questa potrebbe essere la strada da seguire per eliminare questo fattore di rischio per scompenso cardiaco e mortalità.

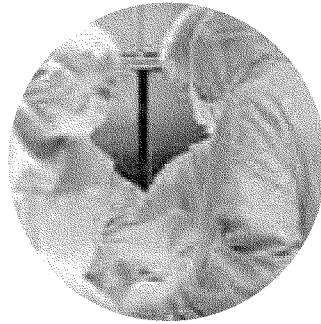
“Saranno necessari ulteriori studi – ammette Marcus – per stratificare con precisione la popolazione di pazienti più a rischio, individuando magari un *pattern* particolare di extrasistoli ventricolari, più fortemente associato allo scompenso cardiaco. Una volta individuati questi fattori, sarà possibile organizzare *trial* clinici randomizzati per valutare, tra i pazienti a rischio più elevato, l'efficacia dell'ablazione per la prevenzione dello scompenso cardiaco”.

Lo scompenso cardiaco è una condizione caratterizzata dall'incapacità del cuore di pompare sangue sufficiente per le necessità dell'organismo. Negli USA si prevede che la prevalenza di questa condizione aumenterà del 25% nei prossimi 15 anni. Tra i fattori di rischio già noti per scompenso cardiaco ci sono l'obesità, il diabete mellito e l'ipertensione. Tuttavia,

un paziente su due di quelli affetti da scompenso cardiaco non presenta alcuna di queste condizioni.

***Maria Rita Montebelli***

## Chirurgia



### **Epilessia, col pacemaker cerebrale stop alle crisi**

Eseguito un intervento neurochirurgico innovativo per il trattamento dell'epilessia farmaco-resistente, presso la Neurochirurgia dell'ospedale Molinette della Città della Salute di Torino. L'innovazione applicata su una bimba di 4 anni di Milano, consiste in uno stimolatore di nome "Aspire". L'intervento, che secondo i sanitari è il primo in Italia, è tecnicamente riuscito. Questo sistema modifica la reattività delle cellule nervose nelle zone cerebrali interessate dall'epilessia, mediante la stimolazione costante del nervo vago. Rispetto al precedente, questo sistema è in grado addirittura di bloccare le crisi epilettiche sul nascere, erogando un surplus di stimoli proprio all'inizio della crisi stessa e questa si spegne senza dare problemi. Infatti è in grado di riconoscere autonomamente l'inizio della crisi epilettica mediante l'analisi dell'elettrocardiogramma incorporato, e quindi di far partire stimoli che bloccano la crisi.

## Il laser, un chip e una goccia di sangue: l'anti-tumorale si controllerà in tempo reale

CRISTINA SERRA

Se a volte le terapie antitumorali falliscono o sono poco efficaci, spesso alla base c'è la difficoltà di determinare la quantità di chemioterapico in circolo e di modulare la cura. Il «range» di concentrazione ottimale per molti antitumorali, infatti, è ristretto. Ma i controlli nel sangue non sono semplici: i costi sono elevati, servono laboratori attrezzati e i tempi sono lunghi. All'orizzonte, però, ci sono nuovi approcci: detti «point-of-care», promettono di

offrire il controllo sull'andamento della cura. Valter Sergo, chimico all'Università di Trieste, coordina uno dei sei gruppi di ricerca del progetto europeo Raman4clinics, che studia proprio le soluzioni «point-of-care»: in collaborazione con il team di Giuseppe Toffoli del Centro di riferimento oncologico di Aviano sperimenta una combinazione di spettroscopia «Raman-Sers» e di nanotecnologie per studiare il comportamento di farmaci chemioterapici come l'irinotecano, usato contro i tumori colorettali. La tecnica usa un raggio laser per

illuminare un chip su cui sono state stratificate nanoparticelle d'oro o argento e, successivamente, il campione biologico da esaminare: a seconda del contenuto, il campione ridiffonde la luce laser, producendo spettri diversi, profili unici da cui ricavare informazioni-chiave sul campione stesso. «A breve - spiega Sergo - inizieremo la sperimentazione clinica». I vantaggi sono tanti, dice Alois Bonifacio, docente di spettroscopia biomedica all'Università di Trieste: «L'apparecchio per la spettroscopia al letto del paziente costa 20-30mila euro, in confronto a strumenti che arrivano a 100 mila, e ogni analisi costa sui 10 euro. Basta una goccia di sangue e il test si completa in un paio di minuti.

L'Humanitas al meeting di neurochirurgia di Londra

## Operazione al cervello su un paziente sveglio

### 4

#### Équipe

Quelle selezionate in tutto il mondo per il «4th Annual World Course in Advanced Techniques in Neurosurgical Oncology». Fra queste la Neurochirurgia oncologica dell'Humanitas di Milano

Sarà l'Istituto Humanitas di Rozzano (Milano) con il suo Neuro Center a rappresentare l'Italia al meeting di neuro-oncologia chirurgica che si aprirà domani a Londra. Gli specialisti effettueranno in diretta video dalle sale operatorie di Rozzano un intervento chirurgico unico al mondo con paziente sveglio, utilizzando una tecnica sofisticatissima di neurochirurgia oncologica. Gli esperti del centro, diretti da Lorenzo Bello, saranno una delle quattro équipe selezionate in tutto il mondo per portare la propria esperienza, insieme a quelle di Francia, della Germania e degli Usa. L'intervento, spiega Bello, «è mirato a rimuovere un tumore al cervello che interessa il sistema motorio e il linguaggio. Aree che, prima dello sviluppo di questa sofisticata tecnica,

non venivano toccate durante gli interventi, perché non c'erano dati precisi sul loro funzionamento». In particolare i chirurghi dell'Humanitas, insieme ai colleghi fisiologi, con questa tecnica hanno elaborato «un sistema unico di impulsi elettrici, mai utilizzato prima al mondo: consiste in una sorta di mappa cerebrale che permette di individuare le funzioni cerebrali ed evidenziarle durante l'intervento a paziente sveglio. Grazie a queste nuove conoscenze è possibile estendere le capacità di intervento e di rimuovere così tumori localizzati in punti critici del cervello, mantenendo integre le funzioni del paziente». Questo, concludono gli specialisti, «aumenterà l'aspettativa di vita: 10-15 anni rispetto a 1-3 anni con tecniche standard».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Pressione del sangue: il girotondo dei numeri

Più è bassa, meglio è. E se fosse meno di 120, si chiedono alcuni medici? Sotto quei livelli, però, ci sono altri rischi.

I farmaci contro la pressione alta sono i più prescritti in Italia e per cui si spende di più. La ricerca medico-scientifica sull'ipertensione comporta ogni anno qualcosa come 10 mila pubblicazioni. Nonostante ciò, sulla gestione della pressione alta, di cui soffrirebbe secondo le stime un italiano su tre, rimangono molti punti oscuri. I valori della «massima» e «minima» ideali per scongiurare infarti e ictus rimangono «numeri del mistero», come scrive il *New York Times*. In poche parole, nonostante il gran parlare e la mole di ricerche, non è del tutto chiaro fino a quanto la pressione alta debba tornare giù. Alcuni suggeriscono che la massima dovrebbe essere addirittura sotto i 120, altri non sono d'accordo.

«I grandi studi epidemiologici ci dicono che più bassa è, minore il rischio di eventi cardiovascolari» spiega Giuseppe Mancia, professore emerito di medicina all'Università di Milano Bicocca, uno degli studiosi più citati al mondo in materia di ipertensione e principale autore delle linee guida europee. «Ma è lo scenario generale. Il problema è decidere nei casi concreti quando intervenire con i farmaci e fino a che punto è conveniente far scendere la pressione». Le ultime raccomandazioni delle società scientifiche dicono che oltre i 140 di massima e i 90 di minima scatta il primo grado dell'ipertensione e quindi, per allontanare infarti e ictus, si dovrebbe stare sotto: inizialmente, e se non si hanno fattori di rischio, cambiando stile di vita, ossia dimagrendo e facendo attività fisica. Se niente migliora, con

**POSSIBILI SINTOMI**

- Mal di testa pulsante
- Senso di vertigine, ronzii, lampi di luce
- Stanchezza, fiato corto
- Eventuale sanguinamento dal naso

**PERICOLI**

- CUORE**  
Scompenso cardiaco, infarto
- RENI**  
Problemi o malattie renali
- CERVELLO**  
Alterazione funzioni cerebrali, ictus
- OCCHI**  
Danni ai vasi della retina

Illustrazioni di Francesco Porroli

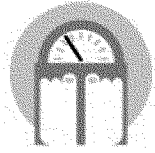
i farmaci. Se invece all'ipertensione si sommano altri fattori di rischio, è bene passare subito all'attacco con le medicine.

Negli Stati Uniti, da dove in genere vengono le maggiori le spinte per trattare aggressivamente i parametri fisiologici che rappresentano un allarme per la salute (dal colesterolo all'ipertensione), l'ultimo aggiornamento delle linee guida ha di recente innalzato a 150 la soglia accettabile di massima per gli ultrasessantenni che non presentano particolari fattori di rischio, adeguandosi a quanto già deciso dalle linee guida europee. La motivazione è stata che mancano dati attendibili di un beneficio dell'intervento farmacologico al di sotto di questo limite, mentre è stato segnalato un aumento di cadute e svenimenti. E proprio questa mossa ha riaperto il dibattito tra gli esperti, e portato in luce le considerazioni che si nascondono dietro i numeri.

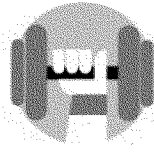
Se sia bene scendere sotto la famigerata soglia dei 140 per arrivare ai valori considerati ottimali di 120 e 80, di fatto non lo sappiamo perché non sono mai state condotte indagini che paragonino pazienti che prendono anti-ipertensivi fino ad scendere a questi livelli. Le ricerche che dovrebbero fornire il quadro completo sono in corso proprio ora: uno studio americano chiamato Sprint su 9 mila persone (a un gruppo si fa scendere i valori sotto i 140, a un altro sotto i 120), e un altro tra Europa e Cina, ma per i dati si dovrà aspettare un paio d'anni.

Una volta si diceva che la pressione variava in funzione dell'età, e per stabilire quella giusta si faceva il semplice

PER TENERLA BASSA



**PESO**  
Dimagrisci  
o evita  
di ingrassare.



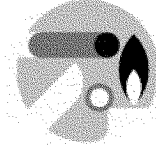
**SPORT**  
Fai attività  
fisica regolare,  
come jogging.



**CIBI**  
Adotta una  
dieta sana e  
povera di grassi.



**SALE**  
Riduci  
il consumo  
di sodio.



**FUMO**  
Rinuncia  
alle  
sigarette.



**CAFFÈ**  
Diminuisci  
le tazzine  
di caffè.

calcolo «cento più il numero degli anni»: a 70 anni era lecita una massima di 170, a 80 di 180. Questa formula è stata del tutto sconfessata, ma resta il dubbio che anche far scendere troppo la pressione sia controproducente. «Un conto è portare ai valori ottimali un quarantenne, un altro è abbassarla a questi livelli a un sessantenne che ha magari problemi alle coronarie» spiega Maurizio Galderisi, professore di cardiologia all'Università Federico II di Napoli e coautore delle linee guida europee sull'ipertensione. «Il timore è che abbassandola troppo, si riduca la perfusione delle coronarie». O, in parole povere, si potrebbero favorire infarto e ictus invece di prevenirli. Il consenso, in ogni caso, è che i trattamenti più aggressive vadano riservati agli ipertesi che hanno anche altri fattori di pericolo, oppure ai pazienti che già presentino danni agli organi dovuti alla pressione alta.

**Un'altra preoccupazione è che la pressione bassa possa portare** nei pazienti, soprattutto in quelli più anziani, effetti collaterali pericolosi, per esempio aumentare la possibilità di cadute e fratture. Alcuni dati preliminari suggeriscono proprio questo. «Anche dall'analisi di dati sanitari della Regione Lombardia abbiamo visto che negli ultraottantenni che iniziano la terapia con i farmaci anti-ipertensivi, il rischio di fratture del femore aumenta in modo significativo nel mese successivo all'inizio della terapia» osserva Mancia. «Una ragione in più per essere cauti».

(Chiara Palmerini)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MOLTO ALTA

**110-170**  
IPERTENSIONE  
DI GRADO  
DUE, A  
RISCHIO  
ELEVATO.

ALTA

**99-150**  
MMHG  
IPERTENSIONE  
DI GRADO  
UNO (LIEVE).

IDEALE

**130-70**  
MMHG  
VALORI DI  
PRESSIONE  
NELLA  
NORMA.

