



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



quotidiano **sanità**.it

Giovedì 14 APRILE 2016

Stato Regioni. Ok Riparto Fsn 2016 e a decreto sui Piani di rientro ospedali in rosso

Oltre a queste due intese via libera dalla Conferenza anche alla revisione dell'Accordo Stato Regioni per la stipula di convenzioni tra Regioni e Associazioni e Federazioni di donatori di sangue.

Via libera dalla conferenza Stato Regioni al [riparto del Fondo sanitario 2016](#) con le quote premiali quelle vincolate per la realizzazione degli Obiettivi di Piano sanitario nazionale e le proposte sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate. In totale 108,6 mld da ripartire tra le Regioni.

Via libera anche al [decreto per i piani di rientro degli ospedali in rosso](#). Semaforo verde anche per la Revisione e aggiornamento dell'Accordo Stato-Regioni 20 marzo 2008 relativo alla stipula di convenzioni tra Regioni, Province autonome e Associazioni e Federazioni di donatori di sangue

Qui di seguito il report per la sanità della **Conferenza Stato-Regioni**, presieduta dal Ministro per gli affari regionali e le autonomie, Costa, esaminati e discussi:

Accordo, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera b), della legge 21 ottobre 2005, n.219, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente la "Revisione e aggiornamento dell'Accordo Stato-Regioni 20 marzo 2008 (Rep. Atti 115/CSR), relativo alla stipula di convenzioni tra Regioni, Province autonome e Associazioni e Federazioni di donatori di sangue".

SANCITO ACCORDO.

Intesa sulla proposta del Ministero della salute di obiettivi e criteri per la ripartizione tra le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano dei fondi di cui all'articolo 6, comma 1, lettera e) della legge 21 ottobre 2005, n. 219. Anno 2016.

SANCITA INTESA.

Acquisizione della designazione di due rappresentanti, quali componenti del Tavolo permanente di monitoraggio dei prontuari terapeutici ospedalieri, di cui all'articolo 10, comma 6 del D. L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, L. 8 novembre 2012, n. 189.

MANCATA ACQUISIZIONE.

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2016.

SANCITO ACCORDO.

Intesa sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2016.

SANCITA INTESA.

Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle

finanze, in attuazione dell'articolo 2, comma 67bis della legge 23 dicembre 2009, n. 191, di ripartizione delle quote premiali per l'anno 2016.

SANCITA INTESA.

Intesa sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle quote vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2016.

SANCITA INTESA.

Parere sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, in attuazione dell'articolo 1, comma 526, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016).

PARERE RESO.

La Conferenza Unificata, presieduta dal Ministro per gli Affari regionali e le autonomie, ha esaminato e discusso i seguenti punti all'ordine del giorno, con gli esiti indicati:

Intesa sullo schema di DPCM di concerto con il Ministro dell'interno, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e il Ministro della salute, concernente la definizione del programma di emersione, assistenza e integrazione sociale di cui al decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24, concernente "Attuazione della direttiva 2011/36/UE, relativa alla prevenzione e alla repressione della tratta di esseri umani e alla protezione delle vittime, che sostituisce la decisione quadro 2002/629/GAI".

SANCITA INTESA.

DAL GOVERNO

Riparto 2016, il testo inviato alla Conferenza Stato-Regioni e pronto per il via libera del Cipe

di Red. San.

S



Il Riparto del Fondo sanitario 2016, con le quote premiali, le quote vincolate per la realizzazione degli Obiettivi di Piano sanitario e le proposte sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate.

Il “pacchetto” delle misure inviate dal ministero della Salute alla Conferenza Stato-Regioni di giovedì 14 aprile

e pronto per la tappa definitiva al Cipe è sul tavolo. In tutto si parla di 108,633 miliardi da ripartire, secondo le seguenti quote di finanziamento: 108.192 mld di indistinto, ottenuto sottraendo alla quota di fabbisogno complessivo di 111 miliardi l'importo di 1.878,98 milioni di euro (obiettivi di piano e vincolate), l'importo di 277,51 milioni di euro (accantonamenti su meccanismi sanzionatori e premiali) e l'importo di 652,91 milioni per somme vincolate spettanti ad altri enti Ssn.

La quota indistinta contiene, tra l'altro, 50 milioni per la lotta alla ludopatia e 800 milioni previsti dalla legge di Stabilità 2016 per l'aggiornamento dei Lea.

Per quanto riguarda gli obiettivi di Piano (2006-2008), la ripartizione dei 931,915 milioni avviene al netto dei 2 milioni destinati al Centro nazionale trapianti, dei 500 milioni di euro per farmaci innovativi, dei 61,71 milioni accantonati per particolari finalità e dei 6,37 milioni di quota di riequilibrio.

Queste le linee progettuali per l'impiego da parte delle Regioni delle risorse vincolate per realizzare gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale: assistenza primaria - area prioritaria d'intervento
l'attivazione/implementazione delle Aft e delle Uccp;
sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali; cure palliative e terapia del dolore - sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica; Piano nazionale prevenzione (240 milioni vincolati); gestione della cronicità; patto per la salute - reti oncologiche regionali.

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 13 APRILE 2016

Conferenza Stato Regioni. In arrivo il riparto del Fsn 2016

Pronto per la deliberazione del Cipe il riparto del Fondo sanitario con le quote premiali quelle vincolate per la realizzazione degli Obiettivi di Piano sanitario nazionale e le proposte sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate. In totale 108,6 mld da ripartire tra le Regioni.
[IL DOCUMENTO](#)

Arrivano domani in Conferenza Stato Regioni l'Intesa sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del Cipe sul riparto tra le Regioni del Fondo sanitario nazionale 2016, l'accordo sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, l'Intesa sulla ripartizione delle quote premiali 2016 e per la realizzazione degli Obiettivi di Piano sanitario.

Quest'anno saranno in totale 108,6 mld le risorse che le Regioni dovranno dividersi. Di questi 108.192 mld sono relativi alla quota indistinta, calcolata sottraendo alla quota di fabbisogno complessivo di 111 miliardi di euro l'importo di 1.878,98 milioni di euro (ossia l'ammontare complessivo degli obiettivi di piano e vincolate), l'importo di 277,51 milioni di euro (per l'accantonamento su meccanismi sanzionatori e premiali) e 652,91 milioni per somme vincolate spettanti ad altri Enti del Ssn. La quota indistinta comprende anche 50 milioni per la lotta alla ludopatia e 800 milioni previsti dalla legge di Stabilità 2016 per l'aggiornamento dei Lea.

La Quota di riequilibrio è di 6,37 mln, 6,68 mln sono le quote vincolate per la medicina penitenziaria. Infine 427,40 mln sono i fondi vincolati per altri Enti (Izs, Cri, ecc).

Per quanto riguarda gli obiettivi di Piano (2006-2008), saranno 931,915 i milioni da ripartire.

Mercoledì 13 APRILE 2016

Medicina convenzionata. Approvato l'Atto di indirizzo. Arriva l'assistenza H16 in rete per medici di famiglia e H12 per i pediatri. Prenotazioni e ticket direttamente negli studi

Nelle ore notturne l'assistenza sarà invece affidata all'Emergenza-Urgenza-118. E poi addio Cup, niente più file per pagare ticket e prenotare visite: si farà tutto nello studio del medico. Via libera del Comitato di Settore Regioni Sanità. Ora la Sisac dovrà riaprire le trattative vere e proprie con i sindacati che soprattutto sull'assistenza H16 non sono tutti d'accordo. [IL TESTO](#)

Studi dei medici di famiglia in rete sul modello farmacia e aperti 16 ore al giorno dalle 8 alle 24 7 giorni su 7. Nelle ore notturne l'assistenza sarà invece affidata all'Emergenza-Urgenza-118. E poi addio Cup, niente più file per pagare ticket e prenotare visite: si farà tutto nello studio del medico. Ma novità anche per i pediatri che garantiranno l'apertura degli studi in rete dalle 8 alle 20 per 5 giorni alla settimana. Queste alcune delle misure contenute nell'Atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione di medicina generale e dei pediatri di libera scelta approvato oggi dal Comitato di settore Regioni-Sanità. Un via libera che ora lascia la palla in mano alla Sisac che dovrà riaprire le trattative vere e proprie con i sindacati.

Come dicevamo la novità di maggior rilievo è quella che assicura agli assistiti la disponibilità del medico per 16 ore al giorno e sette giorni su sette, mentre nelle ore notturne ad assistere chi ne ha bisogno ci penserà il 118.

A garantire la continuità delle cure saranno le Aft, Aggregazioni territoriali funzionali, non un luogo fisico dove si erogano servizi di cura, ma un nuovo modello organizzativo che consentirà comunque ai cittadini di trovare il medico per tutto l'arco della giornata. Terminato il turno del proprio medico di fiducia, ce ne sarà comunque un altro a disposizione, collegato a un data base che consentirà in qualsiasi momento di avere sottomano il profilo sanitario dell'assistito. Insomma un po' sul modello farmacia ma che secondo la Sisac è molto più capillare. Ogni AFT dovrà avere un bacino di utenza non superiore ai 30mila abitanti.

Ma le polemiche e le critiche giunte soprattutto dal Sindacato medici italiani (Smi) sono state molto forti (rischio perdita posti di lavoro e sovraffollamento pronto soccorso) mentre il sindacato maggioritario, la Fimmg, ha per ora dato il suo assenso all'Atto in attesa di sciogliere i nodi nella trattativa.

Riguardo i servizi di pediatria, questi saranno invece garantiti dalle 8 alle 20 per cinque giorni la settimana.

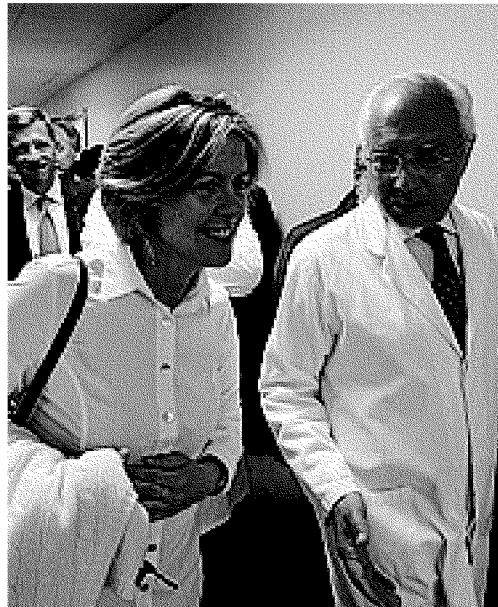
Secondo le attese il nuovo modello di assistenza di base dovrebbe inoltre favorire la nascita di nuovi maxi-ambulatori, con presenza di più medici di famiglia dove è possibile fare prime analisi cliniche, accertamenti diagnostici meno complessi e piccola chirurgia ambulatoriale e altri centri con specialisti ed infermieri. Anche se sotto sigle diverse (come Case della salute in Emilia e Toscana o Ucp nel Lazio) oggi lungo lo Stivale si contano già oltre 800 di queste strutture. Novità anche il Fondo di AFT per una

14/4/2016 **Medicina convenzionata. Approvato l'Atto di indirizzo.** Arriva l'assistenza H16 in rete per medici di famiglia e H12 per i pediatri. P...
diversa gestione delle risorse.

Il ministro a Napoli De Luca: no, basteranno 12 mesi. La controreplica: ma chi sei Mandrake?

Lorenzin: «La Sanità della Campania commissariata ancora per due anni»

Ieri Beatrice Lorenzin ha visitato alcuni ospedali napoletani. Ed è stata protagonista di un siparietto sul piano di rientro dal deficit sanitario con il governatore. «Voglio che la Campania esca dal piano di rientro in due anni» l'auspicio del ministro. De Luca scuote la testa, gesticola e poi con la mano fa cenno che ne basta uno. Il ministro se ne accorge tra le risate dei presenti: «Ma chi sei, Mandrake?».



La visita Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ieri a Napoli

La questione assistenza

Fondi, posti letto e sanità privata De Luca e Lorenzin restano divisi

Faccia a faccia di un'ora. Il siparietto del ministro: ma sei Mandrake?

Fulvio Scarlata

Riparto dei fondi nazionali, posti letto e sanità privata: Vincenzo De Luca pone tre temi caldi, insieme allo sblocco del turn over, al ministro Beatrice Lorenzin arrivata per inaugurare il centro di Chirurgia Robotica Multidisciplinare dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, al Policlinico. Tuttavia, eccetto la rettifica del taglio di 800 posti letti alla Campania, non ottiene nessun impegno concreto. Se non una generica «vicinanza» espressa dal ministro della Salute alle Regioni impegnate nel piano di rientro. Si arriva anche al siparietto tra i due: «Voglio che la Campania esca dal commissariamento in due anni» l'auspicio di Lorenzi. De Luca, seduto accanto a lei nell'aula del Policlinico, scuote la testa, gesticola e poi con la mano fa cenno che ne basta uno. Il ministro se ne accorge tra le risate dei presenti: «No, uno no - gli dice - non ce la fai. Ma chi sei, Mandrake?».

«L'incontro? È andato bene»: Vincenzo De Luca sfugge alle domande dopo il faccia a faccia di un'ora con Beatrice Lorenzin. Al termine della visita tra l'istituto Pascale e il Secondo Policlinico, dopo il confronto pubblico, il Presidente della Regione e il ministro della Salute hanno avuto un confronto diretto sulla sanità in Campania. Che le posizioni non siano coincidenti appare già chiaro dagli interventi tenuti nella sala di formazione degli studenti. «Governo e Regione concordano sul rinnovamento radicale dell'assistenza sanitaria campana - attacca Vincenzo De Luca - Io voglio che la nostra sanità torni a essere la prima in Italia per professionalità, ricerca e assistenza. E possiamo arrivarci, ma ci manca l'organizzazione e la capacità di fare sistema».

Il Governatore affronta i punti di frizione: «Io sono un pacifico guerriero - spiega - però faremo una battaglia a fondo sul riparto del fondo sanitario nazionale. Lo dico ai miei colleghi presidenti di Regione: non accetto più rinvii né manfrine su quella che è una grande truffa sulla pelle della Campania da 150 milioni l'anno». De Luca come i criteri per il ri-

parto siano l'anzianità anagrafica e la deprivazione sociale «ma se il reddito pro capite in Campania è la metà di quello di Milano come si è possibile che non pesi nel riparto dei fondi». L'altra questione è quella della mobilità passiva: i malati che vanno in altre Regioni a curarsi costano 300 milioni l'anno. «Ma c'è un sistema che vuole rendere eterno questo gap - denuncia De Luca - calcolando i posti letto sulla base di questa mobilità passiva». Sui postiletto, dopo il tentativo di cancellare 800 posti letto alla Campania, con un errore del Ministero corretto dalla stessa Lorenzin, il Presidente della Regione non transige: «Voglio avere gli stessi posti letto del Lazio - dice - al di là dei tecnici, quello che importa è il numero finale».

Infine la sanità privata: «Se si usano i criteri delle Regioni più virtuose per la sanità privata - spiega - dobbiamo tagliare tremila posti di lavoro: creiamo una drammatizzazione che impedirà il cambiamento. Siamo rigorosi sugli obiettivi ma chiediamo flessibilità. Poi dobbiamo avere tutte le carte a posto per essere credibili. Non possiamo tollerare i 600 mutilati l'anno per piede diabetico: è un bilancio da Paese di guerra. E non tolleriamo al Cardarelli le barelle nei corridoi con le sacche di urina per terra: questa vergogna dell'Italia sarà cancellata». Ultima questione, quella della Federico II: «Scontiamo un altro paradosso - chiude tra gli applausi - alla Federico II siamo passati da oltre 3500 a 1580 dipendenti, di fatto dimezzati. Non possiamo pagare il blocco nelle assunzioni di personale che non permette più neanche di garantire i livelli assistenziali di assistenza. Ovviamente, in cambio chiederemo alle strutture universitarie di partecipare pienamente alla rete di emergenza».

Le risposte di Beatrice Lorenzin sono di carattere generale. Tuttavia, qualcosa, la ministra la dice: «Tu sei un guerriero pacifico? E io sono una pacifica guerriera - spiega rivolgendosi al Governatore - C'è una grande passione di De Luca per un'azione di rinnovamento, ma c'è bisogno di grandi investimenti in prevenzione e reti, perché se questo sistema funziona nelle Marche, può funzionare anche in Campania. La carenza di personale sia davvero un'urgenza che rischia di diventare una emergenza: per questo, il prossimo anno i fondi saranno vincolati al fabbisogno di operatori sanitari, dopo aver messo al centro la questione dei livelli essenziali di assistenza. A noi interessa la salute del cittadino, e se gli ospedali non sono in grado di garantire questo, noi li commissariamo». Il ministro però è chiaro: «Nel Centrosud c'è un ritardo nella programmazione e questo vanifica tutto il resto. In Campania ci sono stati anni di grandi sforzi per raggiungere l'equilibrio finanziario. Ora bisogna costruire l'assistenza. Io sono vicina alle Regioni che stanno lavorando nel piano di rientro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Governatore/1
Basta truffe da 150 milioni ai danni della Campania sui fondi del riparto nazionale



Governatore/2
Sui laboratori non possiamo mettere in strada tremila persone e drammatizzare i problemi



Ministro/1
La carenza del personale è un'urgenza fondi vincolati al fabbisogno di operatori sanitari



Ministro/2
Sono vicina alle Regioni come la Campania impegnate nel piano di rientro



L'inaugurazione Taglio del nastro ufficiale per il Centro di chirurgia robotica multidisciplinare

«Non chiudete l'unità operativa per l'Aids»

Una protesta moderata, ma ferma, quella dei pazienti malati di Aids che hanno ottenuto un dialogo con il ministro Lorenzin: «Non si può chiudere l'unità operativa dove 385 pazienti hanno costruito un rapporto di fiducia con i medici. E non si può chiudere la farmacia per alcuni giorni la settimana penalizzando i pazienti in day ospital»

LA VISITA

Faccia a faccia tra il ministro della Salute e il governatore campano Lorenzin rassicura De Luca e ora aspetta il nuovo Piano Ospedaliero

Sanità, frenata sui tagli: «Salvati 800 posti letto»

■ GAETANO ANGELLOTTI

Posti letto in Campania, stop ai tagli. Forse, sì, perché se il governatore Vincenzo De Luca canta vittoria - assicurando che la riduzione prevista dal Ministero della Salute, circa 800 posti, è quasi totalmente scongiurata - dall'altra il ministro Beatrice Lorenzin è molto più cauta: «La scelta è avvenuta in base a dati errati, ma il recupero dipenderà dalla validità del Piano ospedaliero regionale che verrà presentato». L'occasione del faccia a faccia tra governatore e ministro è stata la visita della titolare del dicastero della Sanità a Napoli, ieri, per l'inaugurazione del centro di chirurgia robotica multidisciplinare nel Policlinico dell'Università Federico II di Napoli, alla presenza del rettore Gaetano Manfredi.

«Due tre giorni di confusione - ha spiegato De Luca - perché dai calcoli fatti dalla struttura tecnica del Ministero risultava la necessità di tagliare in Campania altri 800 posti letto. Ovviamente



abbiamo reagito e spiegato che i criteri adottati erano totalmente sbagliati. Credo che abbiamo recuperato i nostri 800 posti letto. E siamo, comunque, sottodimensionati. Bisogna fare grande attenzione perché i tentativi di danneggiarci sono sempre dietro l'angolo» ha detto il governatore ai cronisti e, tornando sulla vicenda dei "posti letto" in un primo momento tagliati ha ammesso: «Li abbiamo recuperati sulla carta, almeno per adesso! Vedremo, nel momento in cui presenteremo il piano ospedaliero regionale e lì saranno contenute le previsioni dei posti letto. Dovremmo recuperarne tra i 400 e i 600. Ci auguriamo che il ministero approvi il nostro piano con questa previsione».

Il ministro Lorenzin, a sua volta, pur ammettendo l'errore ha chiarito i prossimi passi che la Regione dovrà compiere per rientrare in un percorso "virtuoso":

«Purtroppo è stato fatto un calcolo su parametri e dati non corretti. Stiamo parlando di 600/800 posti letto. Il termine "posto letto" è comunque unita di misura superata rispetto ai modelli organizzativi odierni. Il sistema sanitario non si fa sui posti letto: qui non sono produttivi. Bisogna integrare il personale, vogliamo aiutare la Campania, poi utilizzare bene le risorse. Per cambiare la norma sul riparto non c'è un no del Governo, ma le altre Regioni non condividono un percorso con criteri diversi: su questo decide la Conferenza delle Regioni, ma se la Campania migliora nella gestione della Sanità, si può ragionare. Per andare oltre il concetto di "posto letto" e pagare a prestazioni, definendo così i budget di una singola struttura, bisogna che il sistema sia efficiente. Le Regioni devono fare di meglio sulla scelta dei manager. La differenza tra un ospedale e un altro lo fanno le persone, la classe politica deve investire su personale di qualità».

LO SCANDALO BARELLE

Quanto alla necessità di risolvere il persistente problema delle barelle nei pronto soccorso, soprattutto delle grandi strutture ospedaliere, il ministro conferma la validità delle reti di emergenza. «È la prima cosa. La riorganizzazione delle reti di emergenza permette innanzitutto di focalizzare il corretto uso del pronto soccorso. Il 118 con una cabina regionale di smistamento del paziente consente di indirizzarlo nella struttura adeguata dove c'è posto».

Nel rapporto "Curiamo la corruzione" la stima di 1 mld di sprechi evitabili a partire da appalti e assunzioni

Tutti i pozzi avvelenati della sanità

Cantone: «Terreno di scorribande di delinquenti, così scende il livello dei servizi»

Almeno un miliardo di euro l'anno va sprecato, nelle aziende sanitarie, per voci di spesa non direttamente collegabili all'assistenza, ma il cui gonfiarsi sottrae di fatto risorse utili alle cure. E se negli anni si registra una dinamica decrescente delle inefficienze, il trend in diminuzione è attribuibile alla logica dei tagli lineari che a partire dal

2009 ha caratterizzato la spesa sanitaria complessiva. Senza possibilità di intervenire con il "bisturi", cioè selezionando il "di più", l'inappropriato e, anche, cancellando il frutto amaro della corruzione. Frutto amarissimo, anzi, tanto che il presidente Anac Raffaele Cantone è arrivato a definire la Sanità «terreno di scorribande di delinquenti di ogni tipo, che ab-

bassano il livello dei servizi».

Il punto sulla gramigna che affligge una Asl su tre nel Report "Curiamo la corruzione".

GOBBI A PAG. 2-3

I risultati del Report di Transparency International Italia, Censis, ISPE-Sanità e Rissc

«Corruzione in un'Asl su 3»

Almeno 1 mld di sprechi ingiustificati - Appalti e assunzioni nel mirino

Almeno un miliardo di euro l'anno va sprecato, nelle aziende sanitarie locali e in quelle ospedaliere, per voci di spesa non direttamente collegabili all'assistenza, ma il cui gonfiarsi sottrae di fatto risorse utili alle cure. E se negli anni si registra una dinamica decrescente - a osservare i conti economici 2013 di tutte le 250 strutture sanitarie considerate - il trend in diminuzione non è attribuibile ad azioni particolarmente incisive - presenti per lo più sulla carta - ma alla logica dei tagli lineari che a partire dal 2009 ha caratterizzato la spesa sanitaria complessiva. Senza possibilità di intervenire con il "bisturi", cioè selezionando il "di più", l'inappropriato e, anche, cancellando il frutto amaro della corruzione.

Gli sprechi nelle voci di spesa per beni e servizi che non incidono direttamente sull'assistenza sanitaria e non sono collegati all'efficacia dell'intervento, come quelle per mensa, lavanderia e gestione dei rifiuti speciali, sono dunque diminuiti in media del 4,4% l'anno, ma la loro incidenza rispetto alla spesa complessiva non si è ridotta. E il settore "fa gola", con i suoi 110 miliardi di spesa pubblica.

Sono queste le principali evidenze che emergono dal proget-

to "Curiamo la Corruzione" (www.curiamolacorruzione.it), presentato il 6 aprile a Roma in occasione della prima Giornata nazionale contro la corruzione in Sanità. Alla presenza, tra gli altri, del presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione (Anac) Raffaele Cantone e del sottosegretario all'Istruzione, Università e Ricerca **Davide Faraone**. L'iniziativa, realizzata da Transparency International Italia, Censis, Ispe-Sanità e Rissc e finanziata da Siemens Integrity, è stata pensata per promuovere il miglioramento del Ssn grazie a una maggiore trasparenza, integrità e responsabilità individuale e collettiva nella sanità attraverso attività di ricerca, formazione e comunicazione sul territorio, sensibilizzazione dei decisori pubblici e privati, sperimentazione di misure anticorruzione nelle strutture sanitarie pilota di Bari, Melegnano, Siracusa e Trento.

Alla Giornata hanno aderito il Segretariato italiano studenti di medicina, il Segretariato italiano giovani medici, l'Associazione italiana medici, Cittadinanzattiva e Federsanità che hanno allestito 16 postazioni presso le Asl e aziende ospedaliere di tutto il territorio nazionale, per sensibilizzare cittadini, studenti, medici

e professionisti sanitari, facendo loro edificare muri simbolici contro la corruzione. Fenomeno di cui tutti gli attori della Sanità ammettono l'esistenza, anche se medici e aziende non hanno risparmiato precisazioni in particolare sui numeri del fenomeno rimbalzati a livello mediatico. «Sono cifre sparate al vento da chi vuole privatizzare la sanità», attacca il presidente Fiaso **Francesco Ripa di Meana**, mentre il segretario nazionale Anaa As-somed **Costantino Troise** ricorda come «il nostro sia in generale un sistema virtuoso» e come i medici pubblici siano in prima linea contro sprechi e corruzione. In ogni caso - tiene a precisare - ci aspettiamo che le Regioni si impegnino su questo fronte».

Il Report. Tre gli aspetti analizzati, in corrispondenza a 3 macro azioni condotte rispettivamente da Censis, Rissc e Ispe: la percezione della corruzione da parte dei dirigenti di 151 strutture sanitarie, l'analisi del livello di rischio-corruzione nei processi di acquisto delle aziende sanitarie, gli indicatori di spreco nei conti economici. E se per gli sprechi evitabili nei conti econo-

mici, come detto, si fa l'ipotesi di un miliardo - ma è ben di 403 milioni di euro la stima dello spreco "altamente ingiustificato", rispettivamente 170 milioni per le Asl e 233 milioni per le Ao, sempre nel 2013 - a far da cartina di tornasole di un sistema che si conferma ad alto rischio è il monitoraggio su chi costantemente lavora nelle strutture sanitarie pubbliche. Secondo i dirigenti interpellati sulla percezione della corruzione, infatti, nel 37% di 151 aziende sanitarie si sono verificati "episodi" negli ultimi cinque anni, e in circa un terzo dei casi questi episodi non sono stati affrontati in maniera appropriata. Il 77% dei dirigenti sanitari - spiegano ancora i curatori del Report - ritiene che ci sia il rischio concreto che all'interno della propria struttura si verifichino fenomeni di corruzione (e questo rischio è giudicato elevato dal 10% di loro).

Due gli ambiti che più prestano il fianco a pratiche corruttive: appalti e assunzioni di personale. Al primo posto, l'83% dei dirigenti sanitari indica i rischi che si annidano negli acquisti di beni e servizi e il 66% nella realizzazione di opere e infrastrutture, mentre il 31% sottolinea la possibilità che si seguano scorciatoie illecite nelle assunzioni.

Ciò detto, le aziende in questi anni hanno lavorato, pur se con risultati inferiori alle aspettative e incisivi a metà. Il 97% delle strutture sanitarie ha adottato un Codice di comportamento dei dipendenti integrativo rispetto a quello previsto per i dipendenti pubblici, il 93% ha predisposto un Regolamento per le procedure d'acquisto, il 92% afferma

che nella propria struttura esistono procedure trasparenti per l'aggiudicazione degli appalti, l'85% ha previsto procedure per la segnalazione di casi di corruzione e azioni a tutela dei dipendenti che le effettuano (i "whistleblower").

Ma la lotta alla corruzione, per avere successo, deve diventare pienamente operativa. Invece, l'esame dei Piani anticorruzione, previsti dalla legge 190/2012, di 230 aziende sanitarie rivela che nel 40% dei casi si sono limitate a un adempimento formale dell'obbligo di legge, non inserendo all'interno del Piano né l'analisi dei rischi di corruzione, né le misure di prevenzione; mentre il 33% ha svolto un'analisi parziale e solo una struttura sanitaria su quattro ha risposto in pieno al dettato normativo. Poco più di un quar-

to delle aziende sanitarie (il 26%) ha pubblicato una tabella analisi dei rischi piuttosto esaustiva, cioè relativa a: aree organizzative, processi e attività, relativo grado di rischio e possibili misure di contrasto o prevenzione. Probabilmente anche per questi motivi, concludono gli autori del report, il 35% dei dirigenti sanitari ritiene che il Piano non impatti in maniera decisiva sulla diffusione della corruzione.

Barbara Gobbi


I 5 rischi più gravi per il Ssn

1. Accordi preventivi tra i partecipanti a una gara, soprattutto nella spartizione dei lavori in subappalto
2. Definizione di esclusività di un servizio, che elimina la concorrenza a favore dell'impresa titolare del servizio o del bene
3. Rimodulazione indebita del cronoprogramma in funzione delle esigenze o a vantaggio dell'appaltatore
4. La nomina di soggetti di parte nelle commissioni di gara per garantire un occhio di favore nella selezione del contraente
5. Il comodato gratuito o la donazione di attrezzature, farmaci e dispositivi per generare maggiori consumi o spese

I rischi più frequenti nei piani anticorruzione

1. Accettare o richiedere varianti in corso d'opera per permettere all'appaltatore di recuperare illecitamente lo sconto di gara
2. L'uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa
3. L'adozione, nel disciplinare, di condizioni tecniche o economiche o di altre specifiche che favoriscono un'impresa a scapito delle concorrenti
4. L'abuso dell'affidamento diretto
5. L'adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'annullamento di una gara, al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario

Curiamo la corruzione - Report 2016

PERCEZIONE	RISCHI	SPRECHI E INEFFICIENZE
L'opinione dei dirigenti delle strutture sanitarie italiane	L'analisi dei Piani triennali di prevenzione della corruzione	Quando diventano ingiustificati e sono sintomo di corruzione?
82,7% acquisti di beni e servizi	40,3% degli enti non ha pubblicato i rischi di corruzione né le misure di prevenzione	Circa 1 MILIARDO di euro sono i potenziali risparmi che si possono ricavare nelle Asl per voci di spesa non collegate all'efficacia delle cure
66,0% realizzazione di opere	33,8% enti che hanno svolto una analisi parziale dei rischi	
31,3% assunzione di personale	solo 1 su 4 ha adempiuto agli obblighi di legge	spreco ingiustificato dal 2009 è diminuito in media del 4,4% annuo ma in proporzione alla spesa complessiva è rimasto costante
Gli ambiti a maggior rischio di corruzione secondo i dirigenti delle strutture sanitarie	Le Regioni con la più alta percentuale di aziende che non adempiono agli obblighi anticorruzione	
76,7% dirigenti che pensano che ci sia il rischio che si verifichi un fenomeno corruttivo all'interno della propria struttura	Molise 100,0% Calabria 88,9%	 30% le risorse che si potrebbero liberare dalla spesa per pulizia, lavanderia e mensa se gestite più efficientemente
10,0% dirigenti che pensano che ci sia il rischio elevato che si verifichi un fenomeno corruttivo all'interno della propria struttura	Campania 60,0% Sicilia 57,9%	
37,2% delle strutture sanitarie negli ultimi cinque anni ha fatto registrare un episodio di corruzione	Il rischio di corruzione è più elevato - negli accordi preventivi tra i partecipanti a una gara 4,1/5 - nella definizione di esclusività di un servizio 4/5 - nella rimodulazione indebita del cronoprogramma in funzione delle esigenze dell'appaltatore 4/5	+ a destinarsi a una più efficace assistenza sanitaria
1 su 3 non è stato affrontato in maniera appropriata		



TOUR DELLE PROFESSIONI// Per la terapia occupazionale corsi di laurea insufficienti

Un terapeuta per la cronicità

Linee guida inclusive ma la figura è ancora assente nelle strutture territoriali

Il terapeuta occupazionale è citato tra le prime dieci professioni del futuro, eppure i corsi di laurea a oggi riescono a coprire appena la metà delle reali necessità e le attività di Terapia occupazionale, pur previste nelle linee guida nazionali più aggiornate, devono fare i conti con normative superate sul fronte degli organici. Il diploma universitario di Terapeuta occupazionale (To), conseguito ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione.

Il Dm 27 luglio 2000 ha definito l'equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di Terapeuta occupazionale ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base (pubblicato nella Gu n. 189 del 14 agosto 2000).

Da ultimo dato approssimativo, estrapolato dalla Relazione alla Conferenza nazionale dei CdL Professioni sanitarie del 10 settembre 2015 a cura di A. Mastriello, su 111.483 operatori sanitari dell'area riabilitativa Classe L/Sn2 solo 1,6% degli operatori ha la laurea in Terapia occupazionale, per un totale di 1.835 Terapisti occupazionali in Italia.

Considerando i dati 2015 elaborati e da un turnover del 4%, a oggi i CdL in Terapia occupazionale riescono a coprire circa la metà dei reali posti universitari necessari. In ultimo, secondo i dati Almalaurea su occupazione in percentuale a 1 anno dalla Laurea del 2013, in media lavora circa il 71% dei laureati in Terapia occupazionale.

Studi statistici americani, indicano quella del To come una

tra le prime dieci professioni del futuro. I corsi di Laurea attualmente si trovano solo in alcune Regioni, prevalentemente al Nord, Piemonte, Lombardia, Trentino A.A., Emilia Romagna, Abruzzo e Lazio. La situazione occupazionale varia a seconda del territorio. L'assenza di To nelle strutture territoriali, a livello nazionale aumenta il dislivello qualitativo del servizio sanitario.

Non vi sono sufficienti To nelle Strutture, eppure le Linee guida nazionali sono chiare e inclusive. Ad esempio, il Piano di indirizzo della riabilitazione (2011) cita la nostra professione: «Il domicilio è il luogo privilegiato per gli interventi di competenza del To, per l'adattamento ambientale e l'addestramento all'utilizzo di ausili e tecnologie riabilitative». Il To è anche inserito tra le figure fondamentali dell'équipe multidisciplinare presentata nel Piano nazionale delle Demenze e citata nelle raccomandazioni per la riabilitazione del Parkinson.

Raccomandazioni che si rispecchiano nei modelli europei, dove la letteratura ha evidenziato il risparmio che questa figura può offrire se inserita adeguatamente (si pensi alla prevenzione cadute, formazione caregiver e riduzione del loro carico assistenziale, economia articolare ed ergonomia nei posti di lavoro, reinserimento lavorativo e scolastico, aumentati livelli di autonomia, etc). I Piani sanitari regionali non adeguano gli organici nonostante rimandino al Psn, che al suo interno prevede, così come recepito dall'Oms, il raggiungimento del massimo benessere biopsicosociale attraverso le attività riportate nel profilo del To. Inoltre molti rami della riabilita-

zione, nonostante all'interno delle Linee guida si prevedano attività di Terapia occupazionale, devono attenersi a organici normati da leggi obsolete. Spesso si parla, infatti, di attività occupazionali, oppure di animatore sociale, sovrapponendo dunque figure con titoli, percorsi di studio e competenze diverse tra loro, che accolgono in maniera differente le esigenze della persona. Questa confusione è aumentata dal fatto che spesso strumenti di Terapia occupazionale vengono importati da altri professionisti, che, riconoscendone la valenza, chiamano come docenti dei corsi To stranieri che offrono le loro conoscenze a chi non ha però il ragionamento clinico o l'abilitazione per svolgere To. L'Aito è disponibile a collaborare con le Istituzioni per individuare buone prassi che snelliscano e rendano efficace lo scambio tra Regioni, utili per favorire un bagaglio di esperienze maggiori e migliorare i servizi sociosanitari. La Terapia occupazionale permette un reinserimento nella vita familiare, sociale e lavorativa, in linea con il modello bio-psico-sociale.

L'Italia ha un livello di speranza di vita tra i più elevati in Europa e la longevità continua ad aumentare. Un andamento positivo si ha anche sul fronte degli stili di vita, con la riduzione di fumatori e di consumatori di alcol. In un simile contesto si rilevano tuttavia alcune criticità di sicura rilevanza. Non migliora la qualità della sopravvivenza e si registra un peggioramento del benessere psicologico. Si riconferma la tendenza all'aumento della mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso. Il

rilevante carico assistenziale che queste patologie comportano sulle famiglie e i servizi sociosanitari è di difficile sostenibilità sociale ed economica, riflettendosi negativamente sulla qualità della vita dei malati e dei loro familiari.

Continuano a essere diffusi sedentarietà, eccesso di peso e inadeguato consumo alimentare. In questo quadro nazionale il To attraverso le proprie competenze e in collaborazione con le altre figure professionali è sicuramente elemento di miglioramento per il Pil. A oggi la spesa sanitaria in

Italia è nelle ultime posizioni tra i Paesi europei più sviluppati. Per il rapporto spesa-Pil, calato al 9,1%, si colloca al terzultimo posto tra le Nazioni dell'Ue. Pertanto l'Aito ritiene di fondamentale importanza la rivalutazione del TO negli organici delle équipe multidisciplinari e multiprofessionali nei vari contesti sociosanitari presenti sul territorio italiano.

Michele Senatore
presidente nazionale Aito

La rivoluzione

Sanità, al via i maxi-ambulatori medici di famiglia dalle 8 alle 24

L'accordo

Estese a tutto il territorio le Aft, guardie mediche e specialisti per sette giorni

Ambulatori dei medici di famiglia aperti dalle 8 alle 24 e 7 giorni su 7. In alcune Regioni le Aft (Aggregazioni funzionali territoriali) ci sono già e funzionano ma ora l'esperienza (ha avuto carattere sperimentale) potrà essere allargata a tutta Italia. Nell'atto di indirizzo per il rinnovo delle convenzioni di medicina generale, che è stato approvato dalla Regioni e dal governo insieme ai professionisti, si fa infatti riferimento ai nuovi «super studi». Quelli che in sostanza dovrebbero alleggerire e di molto il lavoro degli ospedali dove sono moltissimi i pazienti in codice verde che li affollano proprio perché non trovano il medico di base.

Il sistema si può dire integrato. Nelle ore notturne infatti entra in campo il 118, che prenderà in carico le urgenze e rinvierà al medico di famiglia, al mattino, i casi che possono aspettare. A regime niente più file per pagare ticket e prenotare visite: si farà tutto nello studio medico di famiglia, a secondo degli accordi regionali. Sono queste le principali novità contenute nell'atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione di medicina generale, approvato dal Comitato di settore sanità delle Regioni per poi essere trasmesso alla Sisac che, presumibilmente, potrebbe riavviare le trattative già da maggio.

La novità di maggior rilievo è quella che assicura agli assistiti la



La rivoluzione Medici di famiglia in rete e reperibili fino a mezzanotte

disponibilità del medico per 16 ore al giorno, sette giorni su sette. «Una staffetta che consente di avere più medici disponibili nell'arco della giornata, andando a coprire anche fasce orarie come quelle delle 8 alle 10 del mattino o del primo pomeriggio, dalle 14 alle 16,

Le novità

Prenotazioni snelle e trasparenti per ridurre il super lavoro ospedaliero

oggi meno coperte. E che generano così intasamenti nei pronto soccorsi a discapito di chi ha una vera emergenza», spiega il segretario del sindacato dei medici di medicina generale Fimmg, Giacomo Milillo.

A garantire la continuità delle cure saranno le Aft, ma un nuovo modello organizzativo che consentirà comunque ai cittadini di trovare il medico per tutto l'arco della giornata. Terminato il turno del proprio medico di fiducia, ce ne sarà comunque un altro a disposizione, collegato a un data ba-

se che consentirà in qualsiasi momento di avere sottomano il profilo sanitario dell'assistito. «Nelle grandi città - spiega Milillo - basterà rivolgersi allo stesso studio al quale si è abituati ad andare in visita, nei piccoli centri più probabilmente, finito il turno del medico di propria scelta, ci si dovrà spostare nel vicino studio del medico che gli subentra». Le Aft, di cui fanno parte medici di famiglia, ex guardie mediche, pediatri e specialisti ambulatoriali avranno un bacino di utenza non superiore ai 20 mila abitanti. I servizi di pediatria saranno invece garantiti dalle 8 alle 20 per cinque giorni la settimana.

Il nuovo modello di assistenza di base dovrebbe inoltre favorire la nascita di nuovi maxi-ambulatori, con presenza di più medici di famiglia dove è possibile fare prime analisi cliniche, accertamenti diagnostici meno complessi e piccola chirurgia ambulatoriale e altri centri con specialisti ed infermieri. Anche se sotto sigle diverse oggi si contano in tutta Italia già 800 di queste strutture e ora dovrebbero diffondersi su tutto il territorio nazionale.

A regime le Aft consentiranno al cittadino in possesso delle ricette di evitare file per prenotare visite ed esami o per pagare il ticket. Tutte operazioni che potranno essere programmate direttamente dallo studio del medico di famiglia. Un meccanismo che potrebbe portare anche a una maggiore trasparenza nella gestione delle liste d'attesa. «Contrariamente a quanto avventatamente affermato da qualcuno, sulla base di bozze circolanti dell'atto di indirizzo, la continuità di assistenza fornita dai medici di guardia medico non diminuisce, ma aumenta», afferma Silvestro Scotti, vicepresidente vicario della Fimmg: «Si passa infatti da 12 ore notturne per 5 giorni alla settimana, ovvero 60 ore, più le 48 del week end, ossia 108 ore, alle 116 derivanti dalle 16 ore per l'intera settimana».

IL CONVEGNO

Sanità, il futuro nelle sinergie tra pubblico e privato

Il mondo della sanità, gli investimenti più opportuni per guadagnare in salute, le sinergie tra pubblico e privato per l'evoluzione del servizio sanitario regionale: sono i temi che saranno sviluppati in un convegno organizzato dall'associazione «Risorse & Futuro» alle ore 16 di oggi nell'Aula Magna del Centro residenziale della Scuola di Pubblica Amministrazione. «Si tratta di temi di costante attualità, soprattutto in provincia di Caserta – dice il magistrato Andrea Della Selva, presidente

dell'associazione – e lo affrontiamo con un confronto fra professionisti clinici, accademici, esperti amministrativi di varie città d'Italia, una occasione per lo scambio di esperienze per un reciproco arricchimento nella organizzazione del delicatissimo settore sanitario. Al convegno è previsto l'intervento del presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca cui sono affidate le conclusioni». Michele Angelo Farina, specialista in chirurgia vascolare, socio di «Risorse e Futuro» e coordinatore organizzazione, aggiunge: «Nel momento in cui ferve il dibattito tra governo centrale e quello regionale, soprattutto campano, sulla organizzazione della sanità pubblica, c'è apparso opportuno il confronto con esperienze maturate altrove; anche noi dalla Campania ne abbiamo da illustrare, tutte finalizzate allo snellimento delle procedure di assistenza e della integrazione fra l'offerta pubblica e quella privata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

 [panoramasanita.it](http://www.panoramasanita.it)

<http://www.panoramasanita.it/2016/04/12/aprire-lalbo-degli-esperti-e-dei-collaboratori-agenas/>

Aprire l'Albo degli esperti e dei collaboratori Agenas

Aprire **l'Albo degli esperti e dei collaboratori AGENAS**, cui potranno accedere anche coloro che risultano già registrati, aggiornando il proprio profilo. "L'Albo" afferma l'Agenas "si arricchisce di una nuova Area titolata "Trasparenza ed integrità dei servizi sanitari", istituita anche alla luce della collaborazione con ANAC che oramai riveste carattere sistematico e continuativo e che è destinata ad ulteriori e nuovi sviluppi in tema di promozione della legalità in sanità. Per tale ragione a partire dall'11 aprile per la durata di 30 giorni, sarà possibile iscriversi anche alla VI area dell'Albo "Trasparenza ed integrità dei servizi sanitari" purché in possesso di determinati requisiti, non soltanto professionali e di studio ma anche e soprattutto – tenuto conto della peculiarità della materia – di requisiti personali attinenti alla sfera dell'etica e dell'integrità del professionista. Il nuovo Albo si articola, dunque, in sei Aree: 1) Economico/Gestionale – Giuridico/Amministrativa e della Formazione manageriale; 2) Tecnico – Informatica; 3) Comunicazione; 4) Clinico/Organizzativa/Epidemiologica/Sociale; 5) Ricerca e dei Rapporti Internazionali; 6) Trasparenza ed integrità dei servizi sanitari". «L'Albo dei collaboratori e degli esperti è uno dei fiori all'occhiello dell'Agenzia poiché contiene un inestimabile patrimonio di professionisti provenienti da diverse realtà regionali tutti accomunati dal possesso di specifiche qualità e competenze nel settore sanitario – dichiara il Direttore Generale, Francesco Bevere – da oggi l'Albo potrà arricchirsi di altre professionalità, anche con riferimento ai temi della legalità e della trasparenza. Conclude Bevere – La buona sanità è il risultato di un lavoro di squadra, frutto delle capacità dei diversi professionisti che compongono il nostro sistema sanitario e che noi abbiamo il dovere di unire e valorizzare». "L'Albo" conclude l'Agenzia "è un patrimonio che potrà essere utilizzato anche da altre amministrazioni pubbliche e private, su richiesta da parte dell'amministrazione interessata e previa autorizzazione di AGENAS, al fine di ricercare particolari profili professionali il cui inserimento nell'Albo ne garantisce l'elevata qualificazione per le rigorose procedure di selezione sottese all'inserimento".



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Logopedia, il calvario dei piccoli pazienti: Asl senza addetti, lunghe attese dai privati

La riabilitazione

Budget troppo bassi in relazione alle esigenze del territorio: famiglie spesso costrette a pagare le terapie

Luella De Ciampis

Disagi e sconforto per i genitori dei bambini che hanno bisogno impellente di terapie del linguaggio. La Riabilitazione dell'Asl di Benevento dispone di una sola logopedista infantile che deve soddisfare tutte le esigenze riabilitative del territorio provinciale, mentre non ha nessuna psicomotricista che interagisca con la terapeuta del linguaggio. Infatti, soprattutto nei casi in cui le difficoltà di linguaggio sono secondarie ad altre patologie, la psicomotricista ha il compito di seguire il bambino nell'uso dello spazio e degli oggetti,

nell'interazione con gli altri e nella capacità di rappresentarsi agli altri, attraverso il gioco, il movimento e la parola. La denuncia arriva dai cittadini, costretti ad affrontare disagi e difficoltà non indifferenti per garantire le cure necessarie ai propri figli, che vorrebbero risposte concrete.

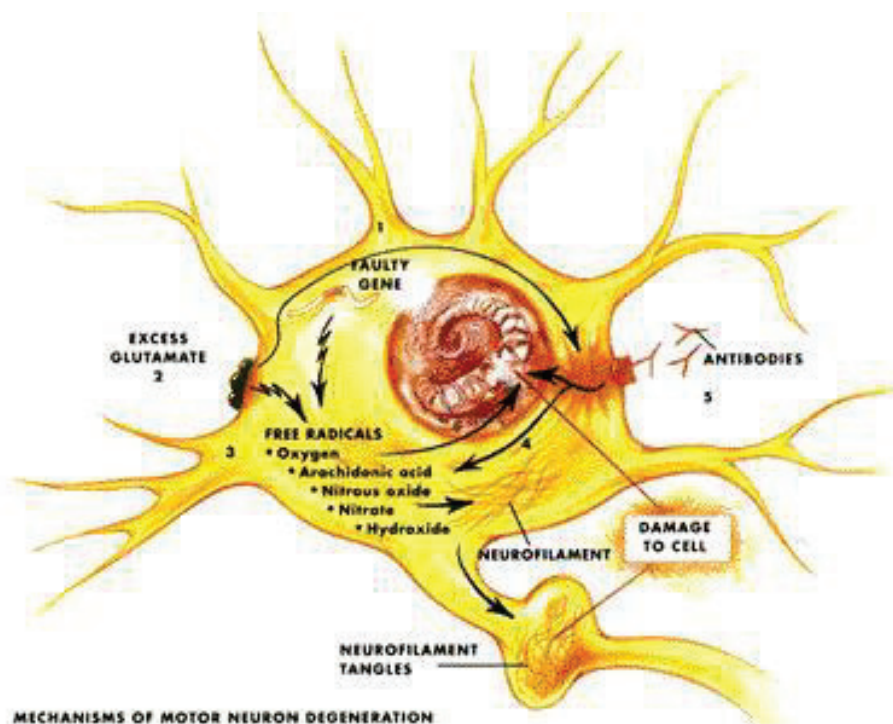
Ma procediamo con ordine, quella del logopedista è una figura di fondamentale importanza per tutti quei bambini che, in tenera età, mostrano i sintomi di affezioni e sindromi, più o meno gravi, che interessano in modo evidente la sfera del linguaggio, strettamente collegata a quella dell'apprendimento. In effetti, oltre ai dislessici e ai bambini che mostrano incertezza nel pronunciare qualche consonante e «inciampano» in esse, oppure hanno proprio difficoltà a sviluppare il linguaggio, a causa del fatto che l'apparato fonatorio è immaturo, esiste un'alta percentuale di piccoli pazienti per i

quali i problemi di linguaggio sono conseguenza di sordità, di ritardi mentali più o meno gravi, di autismo, di sindrome di down e di altre patologie neuropsichiatriche. È sempre determinante che il problema sia individuato il prima possibile, ma diventa regola imprescindibile quando ci si trova di fronte ai casi più gravi, nei quali, più presto si interviene e maggiori sono le possibilità di recupero. È inoltre molto importante che le terapie abbiano inizio in età prescolare, allo scopo di facilitare l'inserimento e l'apprendimento scolastico dei piccoli pazienti, altrimenti reso più difficoltoso dalle carenze del linguaggio. La logopedista dell'Asl, che tratta soprattutto i casi più gravi, quelli che rientrano nell'ex articolo 11, riesce a seguire, in media, più di trenta bambini, sette al giorno, che hanno bisogno di due o tre terapie a settimana, mentre il resto dei pazienti, in età prescolare e scolare, si riversa nei due centri convenzionati di Benevento, per accedere ai quali ci sono liste di attesa lunghissime; e si riversa altresì, presso gli studi privati, presenti su tutto il territorio. Tuttavia, anche in questo caso i tempi di attesa sono estremamente lunghi, senza contare che, questo tipo di prestazioni è accessibile a chi ha le possibilità economiche per poter pagare tre terapie a settimana, per un costo complessivo di circa quattrocento euro mensili, per un periodo di tempo indeterminato. Va infatti chiarito che il lavoro del terapeuta non si esaurisce in tempi brevi, ma è un vero e proprio percorso che, spesso, accompagna il paziente nelle varie fasi della crescita. Quando i genitori o il pediatra di famiglia si accorgono che il bambino ha difficoltà o assenza di linguaggio che, in genere, esplose nei primi due anni di vita e si completa alla fine del terzo anno, si effettuano tutte le indagini, necessarie a escludere disfunzioni meramente funzionali e quindi si ricorre all'ausilio del neuropsichiatra infantile che ha il compito di stabilire quali sono le cause del ritardo del linguaggio e di prescrivere le terapie da seguire. Sono proprio i medici prescrittori, in questi casi, a stabilire la necessità dell'apporto terapeutico congiunto della logopedista e della psicomotricista, figura che non esiste in Asl.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



quotidiano**sanità**.it

Martedì 12 APRILE 2016

Diabete. Nel mondo tassi quadruplicati in oltre 30 anni con un costo di 825 mld di dollari l'anno. Lo studio su *Lancet*

In totale le persone affette da diabete sono oltre 400 milioni, mentre erano circa 100 milioni nel 1980. Questi i dati emersi dallo studio condotto dai ricercatori dell'Imperial College di Londra, in collaborazione con la School of Public Health di Harvard, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e molti enti di ricerca fra cui l'Istituto Superiore di Sanità, per un totale di oltre 500 ricercatori coinvolti.

Le persone affette da diabete in tutto il mondo sono oltre 400 milioni, mentre erano circa 100 milioni nel 1980. Una drastica crescita che ha fatto lievitare anche i costi di questa patologia giunti a 825 miliardi di dollari l'anno. Sono questi i dati emersi da uno studio, il primo del genere, il più ampio mai condotto sul diabete a livello mondiale, dai ricercatori dell'Imperial College di Londra, in collaborazione con la School of Public Health di Harvard, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e molti enti di ricerca fra cui l'Istituto Superiore di Sanità, per un totale di oltre 500 ricercatori coinvolti. L'Iss, in particolare, ha fornito gran parte dei dati italiani raccolti a livello nazionale dal 1998 al 2002 e dal 2008 al 2012, oltre ad altre indagini compiute negli anni Ottanta e Novanta.

Lo studio, pubblicato sulla rivista *The Lancet*, ha analizzato i dati di 751 studi di popolazione, condotti tra il 1980 e 2014, coinvolgendo 4.4 milioni di adulti di età superiore a 18 anni, uomini e donne, di 146 Paesi, ottenendo delle mappe interattive in grado di confrontare i dati tra Paesi.

Gli studiosi hanno dimostrato che negli ultimi 35 anni il numero di soggetti affetti da diabete è quadruplicato passando da 108 milioni nel 1980 a 422 milioni nel 2014; tale aumento è da attribuire all'incremento della popolazione mondiale, all'invecchiamento e al diffondersi di stili di vita non salutari, che hanno portato all'aumento dell'obesità. In particolare, la prevalenza di uomini diabetici è raddoppiata - nel 1980 era il 4.3% della popolazione mondiale, nel 2014 il 9% - e le donne diabetiche sono passate dal 5% al 7.9% nello stesso arco temporale. Se questo andamento continuerà nel 2025 avremo oltre 700 milioni di diabetici e la bancarotta per molti sistemi sanitari.

"Questo studio - afferma **Simona Giampaoli**, ricercatrice dell'Iss e coautrice nell'indagine - ha scattato, per la prima volta, una fotografia a tutto tondo del diabete attraverso i dati forniti da studi su popolazione generale, la cui presenza del diabete è stata misurata attraverso la determinazione della glicemia a digiuno e la storia clinica. Questa patologia sta assumendo i tratti di una vera e propria epidemia a livello globale, con costi altissimi sia per gli individui che per i governi e con un'unica arma a disposizione per invertire la rotta: la prevenzione. Sebbene fattori genetici e comportamentali, come l'alimentazione durante la gravidanza e nei primi anni di vita, contribuiscano alla comparsa della malattia, un ruolo centrale lo giocano gli stili di vita a qualsiasi età. E' quindi necessario intervenire a livello individuale e comunitario con politiche socio sanitarie adeguate che favoriscano e garantiscano la promozione e l'accessibilità verso stili di vita salutari. Va riscoperta la dieta mediterranea, varia e bilanciata, povera di zuccheri, povera di grassi di origine animale, colesterolo, sale e alcool, privilegiando prodotti quali verdure e frutta, possibilmente di stagione, pesce, cereali integrali e legumi, facendo attenzione a consumare porzioni modeste; va mantenuta una regolare e quotidiana attività fisica (sono sufficienti 30 minuti al giorno di cammino a passo svelto) e perseguita l'abolizione

dell'abitudine al fumo".

La ricerca mostra che la prevalenza del diabete è più bassa in alcuni Paesi dell'Europa nord-occidentale (dove il diabete colpisce il 4% delle donne e il 6% degli uomini), in particolare in Svizzera, Austria, Danimarca, Belgio e Paesi Bassi. La malattia è invece cresciuta drasticamente nei Paesi a medio e basso reddito, in particolare nelle isole del Pacifico, nel Medio Oriente e nel Nord Africa. I tassi più alti in assoluto si riscontrano in Polinesia e in Micronesia, dove più di una persona su cinque ha una diagnosi di diabete. In Italia gli ultimi dati sul diabete raccolti su popolazione generale dall'Istituto Superiore di Sanità tra il 2008 e il 2012 nell'ambito della Health Examination Survey riportano nella fascia di età 35-74 anni una prevalenza di diabete dell'11% negli uomini e dell'8% nelle donne; tra coloro che sono risultati diabetici, è stata identificata una quota non indifferente di persone non consapevoli di esserlo (40% degli uomini diabetici e 30% delle donne diabetiche).

Il team di studiosi ha anche calcolato il costo annuo del diabete, in termini di trattamenti terapeutici e gestione della patologia e delle sue complicanze. Costo che ammonta a ben 825 miliardi di dollari l'anno, con picchi di 170 miliardi di dollari in Cina, 105 miliardi negli Stati Uniti e 73 miliardi in India. D'altra parte è proprio qui (ovvero in Cina, Usa, India, ma anche Brasile e Indonesia) che vive la metà dei 422 milioni di diabetici del mondo. Un costo, enorme, che in realtà è addirittura sottostimato perché non tiene conto dei giorni di lavoro persi.

Convegno nazionale all'Ambassador

Infarto, faccia a faccia tra gli esperti

Ogni anno in Italia si registrano più di 135.000 infarti, un terzo dei quali sono fatali. Dopo un primo infarto la possibilità di un nuovo episodio è molto alta e per ridurre il rischio è fondamentale mantenere il colesterolo LDL basso. Anmco, Fondazione "per il Tuo cuore" e Conacuore onlus con il supporto non condizionante di Msd Italia promuovono il progetto educativo

«Amico del cuore - Dopo l'infarto il colesterolo conta». Domani (16 aprile ore 11,30) si terrà un grande evento nazionale di informazione in 14 città collegate via satellite: all'NH Napoli Ambassador gli specialisti incontrano pazienti e familiari per rispondere alle domande su aspetti chiave quali livello di colesterolo LDL da raggiungere, esami e controlli, alimentazione e attività fisica, terapie ed aderenza.
