



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



il caso

PAOLO RUSSO
ROMA

Per i ticket sanitari è arrivata l'ora di fare il tagliando. Troppo cari, soprattutto quelli su visite specialistiche e accertamenti diagnostici, ma la metà degli italiani - quelli che consumano più sanità - non li paga perché esenti o per reddito o per patologia. In quest'ultimo caso poi il diritto al tutto gratis scatta anche per i milionari. Un sistema pieno di controsensi che ora tutti dicono voler cambiare: Parlamento, Regioni e Governo. Ma ciascuno con la sua formula magica. L'ultima proposta la lanciano le Commissioni Affari Sociali e Bilancio della Camera, nel documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità economica del nostro Servizio sanitario pubblico che verrà presentato domani a



Il governo punta a riequilibrare la spesa farmaceutica

LUIGI COLI/EDON

Troppe esenzioni sui ticket spunta un tetto di reddito

Al via il riequilibrio: aiuto ridotto per chi guadagna di più

CONTRIBUTO NECESSARIO

Anche i malati cronici sopra la soglia pagheranno le cure e i medicinali

Montecitorio. Un sistema che scricchiola perché oramai la nostra spesa sanitaria è da bassa classifica europea, perché non si fanno più investimenti per innovare gli ospedali e i cittadini spendono sempre più di tasca propria per curarsi: le stime parlamentari parlano della bellezza di 30,3 miliardi di euro.

E se i cittadini pagano di più si deve anche ai super-ticket su visite analisi. Che il documento bipartisan propone di ridurre facendo pagare qualcosa a chi può permetterselo ed oggi è esente. Questo perché chi non paga consuma però l'80% delle prestazioni, le esenzioni per patologia (il 50% del totale) non contemplano nessun limite di reddito, che quando vale si basa su quanto di meno veritiero esista: la denuncia dei redditi Irpef. Da qui la proposta di un meccanismo di

pagamento a franchigia, proporzionato al reddito Isee, l'indicatore dell'effettiva ricchezza delle famiglie. A seconda del reddito verrebbe fissata una franchigia, mettiamo di 200 euro. Fino a quella cifra si paga, quando si comincia a spendere oltre in corso d'anno ci pensa lo Stato. Più soft la linea proposta di Governo e Regioni nel Patto del-

la salute appena siglato, che sarà però messa a punto nel dettaglio non prima del 30 novembre.

Per ora l'idea è di considerare «la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare», lasciando da parte il reddito Isee, ma fissando un tetto di reddito anche agli esenti per patologia. I maggiori introiti servirebbero ad abbassa-

re i super ticket su visite e analisi. «Quelli che hanno fatto rinunciare alle cure 9 milioni di italiani», ricorda il Presidente della commissione Affari Sociali, Pierpaolo Vargiu. Che denuncia: «illudendosi di poter continuare ad offrire tutto gratis a tutti si finge di non vedere che fuori dalla coperta stanno finendo proprio i ceti più deboli».

Ma anche le Aziende sanitarie hanno i loro problemi. «Oramai abbiamo la concorrenza di un privato agguerrito che per alcune prestazioni fa prezzi più bassi dei ticket», spiega il neo-presidente della Federazione di Asl e ospedali (Fiaso), Francesco Ripa di Meana. «Con la riforma dei ticket -aggiunge- ci so dovrebbe però porre anche il problema se sia giusto o meno dare risposta alla domanda inappropriata di prestazioni». Una partita, quella sul consumismo sanitario, ancora tutta da giocare.

**30,3
miliardi**

La cifra spesa dagli italiani di tasca propria per curarsi: finisce in ticket sanitari

**80%
delle cure**

Sono destinate a malati che non pagano i ticket: una platea troppo ampia

CHE FARE SE LA SANITÀ NON REGGE PIÙ

LUIGI LA SPINA

In teoria, il nostro è il miglior sistema sanitario del mondo, perché assicura l'assistenza gratuita a tutti. Lo sarebbe senz'altro, se fosse vero. È questa una delle tante illusioni di cui l'Italia si è fatta vanto in questi anni, compatendo non solo i poveri americani che hanno dovuto aspettare Obama per contare su una sanità un po' più accessibile, ma anche i vicini di casa europei che possono godere, forse, di strutture ospedaliere più moderne ed efficienti, ma che pagano di più per essere curati. Ora, sembra che non sia più possibile continuare a mascherare la reale situazione di disagio e, in alcuni casi, di vera ingiustizia a cui sono sottoposti tanti italiani che si ammalano, perché in molte regioni italiane la spesa pubblica per la sanità continua a crescere in maniera incontrollata, con il rischio che il nostro sistema di welfare faccia crac.

Al di là dei solenni impegni di risanamento delle nuove giunte regionali, dopo la consueta denuncia degli sprechi attribuiti alla precedente amministrazione, i costi della sanità pubblica continuano a crescere per motivi del tutto comprensibili.

LUIGI LA SPINA

La prima causa è quella demografica: il continuo allungamento delle speranze di vita, confortante soprattutto per noi italiani rispetto alle popolazioni di altri paesi del mondo, lo è meno per chi dovrà fornire le cure indispensabili ad anziani sempre più numerosi. Anche perché sono arrivati e stanno per arrivare alla soglia della vecchiaia, generazioni nate dopo il secondo dopoguerra, nel periodo del cosiddetto «baby boom». Per tutti costoro dovranno provvedere i contributi allo Stato di figli e nipoti, poveri nel numero e ancor più poveri nella capacità finanziaria di stipendi a rischio di precarietà e di tagli imposti dalla crisi.

Pure il secondo motivo della futura insostenibilità del nostro sistema di welfare deriva dal progresso, quello della moderna medicina. Ormai i costi per procurare ai nostri ospedali le più avanzate attrezzature diagnostiche e chirurgiche, ma anche per assicurare ai malati i farmaci più recenti, sono aumentati in maniera impressionante. Nè sarebbe augurabile che si facessero risparmi in questi necessari investimenti, pena una assistenza di serie B rispetto alle altre nazioni dell'Occidente.

È vero, inoltre, che sprechi e inefficienze sono assai diffusi, ma sull'esito delle rituali battaglie propagandistiche dei nostri amministratori regionali è bene far poco conto: l'assistenza sanitaria è un enorme bacino di clientelismo politico, di potere baronale e sindacale, anche quando non si registrano casi di corruzione penalmente perseguibile. Queste fortissime macchine di resistenza corporativa innalzano muri di gomma di fronte ai quali anche i migliori propositi di riforma e di razionalizzazione delle spese sono destinati a infrangersi.

Ecco perché lo slogan del welfare all'italiana, «sanità gratuita per tutti», è una illusione che tradisce la realtà. Quella di chi, di fronte alle lunghissime liste d'attesa per un intervento chirur-

CHE FARE SE LA SANITÀ NON REGGE PIÙ

gico, per una visita specialistica, ma anche per un semplice controllo di prevenzione, è costretto a rivolgersi alle cure di una struttura privata, con costi salatissimi. Quella di numeri che dimostrano le evidenti contraddizioni del sistema, basti osservare che quel cinquanta per cento della popolazione esente da ticket costituisce l'ottanta per cento degli assistiti da parte del servizio pubblico nazionale. Quella di coloro che non possono usufruire dei cosiddetti «livelli essenziali d'assistenza», perché i deficit delle sanità regionali sono tali da costringere i dirigenti a ridurre personale e strutture anche in quei settori.

È ora di colmare il divario insopportabile tra illusione e realtà del nostro welfare sanitario, prendendo atto di un sistema che non regge più e che, soprattutto, non reggerà più nel prossimo futuro. Assicurare l'assistenza gratuita a coloro che non si possono permettere le cure è non solo un diritto del cittadino, ma un dovere di uno Stato civile. Garantirlo a tutti non è più possibile e prometterlo vuol dire perpetrare una truffa.

CONTI PUBBLICI
LE SPESE DA LIMARE

Commissariati i controllori della Sanità

In due anni l'Iss ha accumulato un rosso di 25 milioni. Tutti i poteri a Ricciardi, professore-manager

ROMA

L'Istituto Superiore di Sanità, il massimo organismo pubblico di ricerca e di verifica scientifica delle decisioni di governo su quel che riguarda la salute pubblica da ieri sera è ufficialmente commissariato. Per troppi debiti è la motivazione ufficiale. Una decisione comunque anomala nel panorama internazionale, che già al suo annuncio nei giorni scorsi da parte del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha creato scalpore tra l'ambiente scientifico italiano ma anche all'estero. «Un atto dovuto», specificano al dicastero citando il decreto legge "98" del 2011, che prevede appunto il commissariamento degli enti pubblici posti sotto vigilanza dello Stato quando accusino una situazione di dissesto per due anni conse-



Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin

cutivi. E l'Iss di debiti dal 2011 al 2013 ne ha accumulati tanti, 25 milioni. Anche per questo alla sua guida la Lorenzin ha nominato quello che forse è il massimo esperto di management sanitario: il professor Gualtiero Ricciardi, Ordinario di Igiene al Gemelli di Roma. Uno che da anni insegna in tutta Italia come gestire al meglio le aziende sanitarie. Certo è

che all'Istituto ora avrà un bel da fare. Il ministro ha annunciato che comunque il commissariamento sarà breve, sei mesi rinnovabili, trapela dal ministero, ma gli obiettivi sono comunque ambiziosi. Non solo pareggiare i conti ma trasformare l'Iss da zavorra dei conti pubblici in un ente capace di attrarre investimenti dall'estero. Magari gestendo me-

glio i fondi che ci sono, fino ad oggi utilizzati anche per progetti chiacchierati, come il vaccino anti-Aids di Barbara Ensoli, impantanatosi nelle fasi iniziali della sperimentazione ma costato non poco.

Ricciardi succede a Fabrizio Oleari, alto funzionario ministeriale, nominato dall'ex ministro Balduzzi. Decisione che anche all'ora scatenò non poche polemiche, perché l'allora presidente non avrebbe avuto un curriculum di ricercatore all'altezza del ruolo, a giudizio dei suoi detrattori. Anche se le perplessità maggiori derivavano proprio dal fatto di provenire da quel dicastero sul quale l'Iss, non di rado, deve giocare anche un ruolo di controllo. Basti ricordare le prime ordinanze contro il fumo elettronico. Il parere dell'Istituto tirò il freno alla campagna anti e-cig ricordando che la «svapata», pur dannosa, lo era molto meno

della tradizionale sigaretta. Insomma il controllore con a capo un ex controllato non suonava granché bene a molti. Anche perché l'Iss, oltre a fare ricerca, di dossier sanitari importanti ne maneggia parecchi. Basti pensare al parere, totalmente negativo, espresso sul fantomatico metodo Stamina. E poi c'è tutta la delicata attivi-

Dal vaccino anti-Aids alle spese del personale l'ente nel mirino per i conti fuori controllo

tà nel campo dell'alimentazione, che va ben al di là della funzione di laboratorio centrale di controllo per svolgere di fatto le funzioni di una vera Agenzia sulla sicurezza degli alimenti che in Italia manca. E poi gestisce campagne di prevenzione e vigila sui vaccini. [PAO. RUS.]

Fisco

Gennaio-maggio entrate in crescita

■ Mettono a segno un incremento del 1,1% rispetto allo stesso periodo del 2013 le entrate tributarie e contributive nel periodo gennaio-maggio 2014 (+2.553 milioni di euro). Lo comunica il Mef spiegando che la variazione risulta dalla crescita del gettito tributario pari all'1,7% (+2.643 milioni di euro) compresi i principali tributi degli enti territoriali e le poste correttive, e dalla sostanziale invarianza, in termini di cassa, nel comparto delle entrate contributive, pari a -0,1% (-90 milioni di euro).

Iss commissariato: buco da 30 milioni

► Saldi negativi nel 2011 e 2012, l'Istituto superiore di sanità contestato dalla Corte dei Conti. Lorenzin: «Ripianare i debiti»

► Gualtiero Ricciardi ordinario di Igiene sarà il supercontrollore «Sono ottimista, questa struttura sarà risanata al più presto»

IL CASO

ROMA Un mese fa il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha annunciato l'intenzione di commissariare l'Istituto superiore di sanità. L'organo tecnico del ministero. Una decisione legata a buchi di bilancio relativi agli anni 2011 e 2012. In tutto, un buco da 30 milioni su oltre 300 milioni di movimento finanziario l'anno. Che erano stati contestati dalla Corte dei Conti.

Ieri, in tarda serata, l'annuncio del commissario: Gualtiero Walter Ricciardi, docente di Igiene all'università Cattolica di Roma. Con decreto dei ministeri della Salute e dell'Economia è stato disposta la nomina del supercontrollore «a causa della situazione di disavanzo finanziario registrato in bilancio per due esercizi consecutivi». Una disposizione legislativa del 2011 prevede che se un ente pubblico, sottoposto alla vigilanza dello Stato, presenta una situazione di disavanzo per due esercizi consecutivi va nominato un commissario e devono decadere gli organi dirigenziali.

LA SORVEGLIANZA

La fase di commissariamento, secondo Beatrice Lorenzin, dovrà essere breve. E dovrà servire «ad eseguire quegli interventi di efficientamento, modernizzazione e sviluppo necessari affinché l'Istituto superiore di sanità tenga il passo dei principali enti di ricerca internazionali».

In numeri

1500

Sono i dipendenti dell'Istituto di sanità che conta anche 450 collaboratori

15

I dipartimenti tecnici che fanno ricerca in collaborazione anche con l'estero

L'Istituto è il «cuore» scientifico della sanità pubblica: dalle ricerche alla raccolta dei dati sulle malattie infettive, alla sorveglianza dei casi di Aids, agli studi sui nuovi farmaci, alle analisi delle sostanze, all'ultimo studio sui tumori diffusi nella «Terra dei fuochi» fino ai pareri sui casi controversi come sono stati quello di Di Bella e Stamina.

«Sono consapevole - spiega Gualtiero Walter Ricciardi - dell'importanza di questo compito e onorato dell'incarico. L'Istituto ha un ruolo rilevante nel nostro paese, con le sue straordinarie competenze scientifiche ed umane. Adesso si tratta di riorganizzare ancora meglio l'ente. Non faremo mancare all'Italia una struttura così importante. Il lavoro di squadra darà i suoi frutti».

Fino a ieri sera il presidente dell'Istituto era Fabrizio Oleari, ex Capo dipartimento del ministero della Salute, nominato a febbraio del 2013. La gestione contestata riguarda il periodo durante il quale alla presidenza era Enrico Garaci e alla direzione Monica Bettoni. Dall'inizio dell'anno dentro l'Istituto era cresciuta la preoccupazione per il bilancio tanto da rendere

difficile assicurare il rinnovo dei contratti per gli esperti nei progetti ricerca. Durante questi trenta giorni, dall'annuncio del commissariamento ad oggi, i ricercatori hanno alzato la voce, i sindacati sono arrivati a ventilare l'ipotesi che dietro la decisione del commissario ci sia l'intenzione dello smantellamento dell'Istituto. È stato l'ex presidente Enrico Garaci a



Gualtiero Walter Ricciardi

GARACI ERA PRESIDENTE NEGLI ANNI SOTTO ACCUSA: «C'È UN AVANZO NEI BILANCI»

dare una lettura diversa dei saldi negativi (sia di parte corrente che in conto capitale) emersi dalla relazione della Corte dei Conti. «Non viene evidenziato - parole di Garaci - che quel saldo negativo, rispettivamente di 26 milioni nel 2011 e circa 4 milioni nel 2012 era ampiamente compensato da un avanzo di gestione rispettivamente di 27 milioni e di 27,400 milioni. Quindi se esaminiamo globalmente il bilancio non c'era un conto in rosso per i due anni in questione, ma semmai un residuo attivo di 1 milione per il 2011 e di 23,400 milioni per il 2012».

AGENZIA FARMACO

Ieri il supercontrollore all'Istituto, domani seduta straordinaria della Conferenza Stato-Regioni. All'ordine del giorno le nomine del direttore generale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e dell'Agenzia italiana del farmaco. Si dovrà lavorare per trovare l'intesa sulla proposta del ministro della Salute relativa alla nomina, appunto, di Francesco Bevere, attuale direttore generale della Programmazione sanitaria della Salute, a direttore generale Agenas in sostituzione di Fulvio Moirano. Alle Regioni verrà poi richiesto il parere sulla conferma Luca Pani alla guida dell'Aifa. E anche per il Consiglio superiore di sanità si prevede la diminuzione netta delle poltrone.

Carla Massi

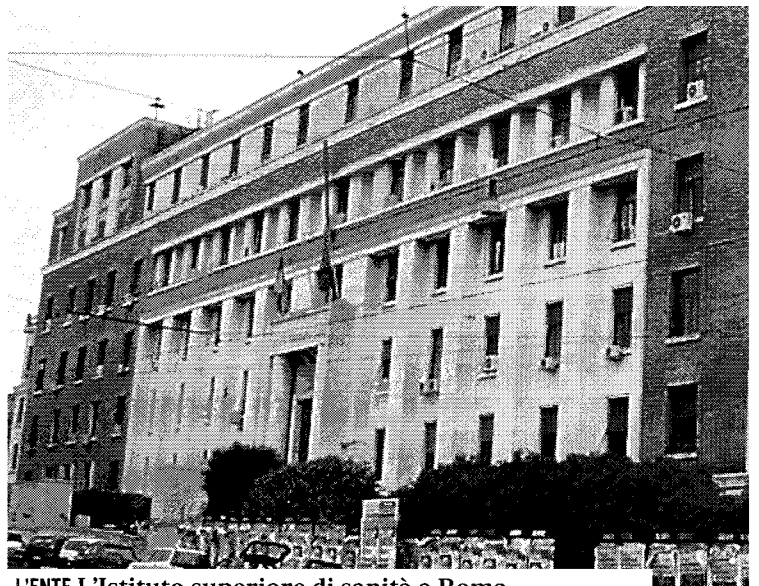
© RIPRODUZIONE RISERVATA

520

Sono i ricercatori che hanno il contratto in scadenza entro la fine del 2014

320

I milioni di movimento finanziario annuo dell'Istituto superiore di sanità



L'ENTE L'Istituto superiore di sanità a Roma

Patto salute. Il testo ufficiale firmato e bollinato dalla presidenza del Consiglio dei Ministri

Il documento si conferma come il risultato di quello già approdato sul tavolo della Stato Regioni la scorsa settimana, a cui erano poi state apportate alcune importanti modifiche, in particolare per quanto riguarda il personale. Il tetto di spesa per il personale previsto a partire dal 2015 potrà essere applicato gradualmente fino al 2020. Il blocco del turn over nelle Regioni in rosso vale solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica positiva.

Arriva il testo definitivo del Patto per la Salute, firmato e bollinato dalla presidenza del Consiglio. Il testo, come avevamo già raccontato, è quello approdato la scorsa settimana sul tavolo della Conferenza Stato Regioni, con qualche modifica concordata nel corso della Conferenza e riguardante in particolare il personale. Nel dettaglio si prevede che il turn over nelle Regioni sia valido solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello della verifica positiva. Per quanto riguarda il rispetto, dal 2015, del tetto per la spesa del personale previsto nella Finanziaria 2010 (e pari alla spesa del 2004 ridotta dell'1,4%, indipendentemente se la Regione sia in equilibrio economico), il Patto prevede un percorso graduale di applicazione fino al 2020 e, comunque, conviene sulla necessità di un approfondimento per aggiornare il parametro dell'1,4%.

Alla Cabina di regia affidato il compito di vegliare sull'attuazione del Patto e monitorare anche l'applicazione delle misure di contenimento della spesa sanitaria individuate dal Governo.

Stabilito infine che in caso di modifiche sostanziali delle assegnazioni del Fondo previste nel triennio (articolo 1 del Patto) si dovrà (e non più "potrà") rivedere l'intesa per rispondere agli obiettivi di finanza pubblica

Per il resto, confermato il Fondo per i prossimi tre anni e, tra le altre cose, l'incompatibilità tra il ruolo di Presidente di Regione e quello di commissario ad acta. Perse definitivamente le speranze, per la Fimmg, di vedere ricomparire il comma sull'attività professionalizzante nella formazione in Medicina Generale presente nella vecchia bozza del Patto e per il reintegro del quale il sindacato dei medici di famiglia aveva più volte insistito.

Ecco la sintesi dei contenuti del testo definitivo del Patto per la Salute. Il testo è quello approdato ieri sul tavolo della Conferenza Stato Regioni con alcune modifiche concordate nel corso della Conferenza.

La premessa è chiara: "Va potenziato l'intero sistema di governance della sanità. Occorrono strumenti "strumenti forti" per "assicurare la sostenibilità del Ssn, per garantire l'equità e l'universalità del sistema nonché dei Lea in modo appropriato e uniforme". Ma a questo scopo, il Patto evidenzia come "occorre garantire un livello sempre più elevato, in termini di professionalità ed esperienza specifica, dei direttori generali, amministrativi e sanitari delle aziende, introducendo meccanismi stringenti di selezione, nonché di valutazione e di verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti". Allo stesso tempo "dovranno essere rivisti gli assetti organizzativi dei servizi regionali, individuando le dimensioni ottimali delle aziende al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi stessi in un'ottica di complessiva razionalizzazione e riduzione dei costi, e in funzione del grado di centralizzazione, tendenzialmente sovraziendale, delle attività di amministrazione generale e di supporto tecnico logistico, con particolare e prioritario riferimento all'acquisto di beni e servizi, al reclutamento e alla gestione degli aspetti retributivi, contributivi e previdenziali del personale, ai sistemi informativi e dell'area tecnico professionale".

Ma l'intero sistema di governance della Sanità, come sottolineato già nel vecchio testo del Patto, va

ripensato, anche alla luce della riforma Costituzionale che ridefinirà regole e competenze istituzionali di Stato e Regioni. Necessario sarà quindi “definire le regole rafforzando e qualificando la sinergia tra ministero della Salute, ministero dell’Economia e Regioni”.

Il Patto, dunque, rappresenta “l’impegno congiunto di Governo e Regioni di attuare importanti e concrete misure di programmazione della spesa sanitaria, con l’obiettivo di razionalizzarla, creando anche spazi finanziari da reinvestire nel settore sanità”. “Il nuovo Patto – si legge ancora nelle premesse del documento – ha l’ambizione di considerare il sistema salute come un insieme di attori che costituiscono valore per il sistema paese. La salute è vista non più come una fonte di costo, bensì come un investimento economico e sociale. Per questo si delineano percorsi chiari di interazione con i territori e le altre amministrazioni centrali per rafforzare la ricerca e lo sviluppo nel settore biomedico”. Ma l’interazione servirà anche a “monitorare il prezzo dei farmaci e dei dispositivi” e “ad offrire i migliori prodotti per la salute dei cittadini”. Dunque, “il nuovo Patto andrà monitorato nella sua attuazione con senso di responsabilità e in un rapporto di leale collaborazione tra le parti”, attraverso un tavolo permanente della Conferenza Stato-Regioni che costituirà una sorta di cabina di regia, “a cui è, tra l’altro, demandata l’elaborazione di proposte per la spending review interna al settore sanitario”.

FONDO SANITARIO NAZIONALE (ART. 1)

Per il 2014 lo stanziamento è confermato in 109,928 miliardi, salirà a 112,062 nel 2015 e a 115,444 nel 2016 “salvo – precisa il testo – eventuali modifiche che non si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazione del quadro macroeconomico”. Il riparto delle risorse dovrà tenere conto dell’accordo sui costi e i fabbisogni standard, per i quali bisognerà lavorare a nuove modalità di pesature da definire entro il 31 luglio 2014.

Entro il 31 dicembre 2014 dovrà anche essere pronto un documento di proposte elaborato dal ministero della Salute, su cui dovrà esserci l’intesa Stato Regioni, contenente proposte per implementare “un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell’uniformità dell’assistenza sul territorio nazionale”.

I RISPARMI RESTANO ALLA SANITA’ (ART. 1)

La conferma nel comma 4 dell’articolo 1 del Patto. In cui si stabilisce anche la possibilità che eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle Regioni rimandano nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie.

MOBILITA’ TRANSFRONTALIERA (ART. 2)

Per garantire l’omogenea applicazione in tutte le Regioni delle norme vigenti, si conviene sulla necessità di adottare tempestivamente delle linee guida, da emanare entro il 31 ottobre 2014, adottando una modalità di progressiva implementazione delle stese allo scopo di fornire le istruzioni più urgenti in fase di prima applicazione in particolare per l’autorizzazione e il rimborso e le procedure amministrative per l’assistenza sanitaria transfrontaliera e il riconoscimento delle ricette mediche in un altro Stato membro. Un apposito gruppo di lavoro ministero Salute, Agenas e Regioni dovrà poi analizzare le norme sul ricorso all’assistenza sanitaria al fine di una loro eventuale modifica o integrazione. Eventuali proposte dovranno essere approvate dalla Conferenza Stato Regioni entro il 31 dicembre 2014.

ASSISTENZA OSPEDALIERA (ART. 3)

Va adottato, senza ulteriori rinvii, il regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi in attuazione del decreto 95/2012 dell’ex ministro Balduzzi. Entro il 31 dicembre 2014 Stato e Regioni dovranno anche stipulare un’intesa sugli indirizzi per la piena realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio. Entro 6 mesi dalla stipula del Patto sarà inoltre definito un documento di indirizzo sull’appropriatezza riabilitativa, “per garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo integrato all’interno della rete riabilitativa”.

UMANIZZAZIONE DELLE CURE (ART. 4)

Il Patto vi dedica un intero articolo, prevedendo uno specifico impegno in questo senso da parte delle Regioni e la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda un progetto di formazione del personale e un’attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente all’area critica, alla pediatria, alla comunicazione, all’oncologia e

all'assistenza domiciliare. Il grado di soddisfazione dei cittadini sarà monitorato in maniera continuativa e omogenea tra le Regioni, così da consentire l'avvio di azioni correttive.

ASSISTENZA TERRITORIALE (ART. 5)

Accelerata sulla costituzione delle Uccp e Aft per la medicina convenzionata, che, entro 6 mesi dall stipula dei nuovi contratti, o comunque non oltre la vigenza del Patto, costituiranno "le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta" in cui "confluiscono" quindi "le diverse tipologie di forme associative" realizzate nelle varie Regioni.

Le Uccp saranno caratterizzate dal lavoro multi professionale, garantito dal coordinamento tra le varie professionalità con particolare riguardo all'integrazione tra medicina generale e medicina specialistica. Ogni Aft della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata all'Uccp. Stabilito poi che le Aft della medicina generale coprano un bacino di utenza non superiore a 30.000 abitanti.

PRESIDI TERRITORIALI/OSPEDALI DI COMUNITA' (ART. 5)

Stato e Regioni dovranno stipulare entro il 31 ottobre 2014 per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'assistenza medica sarà assicurata dai medici di medicina generali o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn e che effettuano ricoveri brevi per casi non compressi.

EMERGENZA-URGENZA (ART. 5)

Per quanto concerne le attività del 118 si stabilisce che l'Agenas debba occuparsi di definire il bacino di utenza delle centrali che coordinano e gestiscono le richieste di soccorso in relazione alla disponibilità di nuove tecnologie informatiche e telefoniche allo scopo di rendere più efficiente il sistema. Un accordo Stato Regioni dovrà poi definire i criteri per l'accreditamento dei servizi di trasporto e soccorso sanitario, definendo la dotazione delle attrezzature e dei presidi, l'allestimento dei mezzi di soccorso e i requisiti di dotazione organica quali-quantitativa del personale, per livello funzionale di base e avanzato per garantire l'erogazione uniforme e in linea con le norme europee.

Sarà poi introdotto il numero unico europeo di emergenza 112, che sarà recepito dalle centrali operative del 118.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE (ART. 5)

Dovrà raccogliere quanti più Drg possibili tra quelli a rischio di in appropriatezza.

Le Regioni assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in ricovero ordinario, in ricovero diurno o, previo inserimento nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, in regime ambulatoriale. Sarà istituito un tavolo di lavoro Salute-Economia e Regioni per rendere omogenea la codifica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e per aggiornare e ottimizzare il sistema di rilevazione e di trasmissione delle informazioni sulle prestazioni erogate.

VALORIZZAZIONI DI RUOLI E COMPETENZE PROFESSIONALI (ART. 5)

Per un efficientamento del settore delle cure primarie, il Patto conviene sull'importanza di ridefinire ruoli, competenze e relazioni professionali "con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe", accantonando "una logica gerarchica" per "perseguire una logica di governante responsabile dei professionisti coinvolti". A questo scopo previste "sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo".

FARMACIA DEI SERVIZI e MEDICINA DI INIZIATIVA (ART. 5)

Compito delle Regioni definire con specifici atti di indirizzo la promozione della medicina di iniziativa e della farmacia dei servizi quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva delle cronicità.

DISTRETTO (ART. 5)

Saranno definiti trame Accordi Stato-Regioni nuovi standard organizzativi del Distretto al fine di "orientare il suo ruolo strategico nella costituzione di rete assistenziali a baricentro territoriale e di

facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini”. Questo anche per contribuire a ridurre i tassi di ricovero e degli accessi impropri al Dea.

PIANO NAZIONALE CRONICITA' (ART. 5)

Sarà predisposto dal ministero della Salute entro il 31 dicembre 2014 e dovrà poi essere approvato in Stato Regioni.

ASSISTENZA SANITARIA NELLE ISOLE MINORI (ART. 5)

Al fine di monitorare i livelli di assistenza erogati, entro il 31 dicembre 2014 un accordo Stato Regioni dovrà istituire un apposito Osservatorio.

EMERGENZA E NUMERO DI TELEFONO PER I CASI NON URGENTI (ART. 5)

Come già avviene in altri Paesi europei, sarà istituito il numero 116.117 dedicato al servizio di cure mediche non urgenti. Con apposito accordo Regioni-Ministero della Salute saranno definite le modalità e i tempi per la realizzazione del servizio su tutto il territorio nazionale.

LOTTA AL DOLORE (ART. 5)

Nelle Aft e nelle Uccp dovrà essere prevista una figura medica formata ed esperta sulle tematiche legate alla terapia del dolore.

STATI VEGETATIVI (ART. 5)

Le Regioni dovranno provvedere a definire per i pazienti soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata che di assistenza residenziale in speciali Unità di accoglienza permanente.

ASSISTENZA SOCIO SANITARI (ART. 6)

Le regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, socio sanitarie e sociali, e forniscono indicazioni alle Asl e agli altri enti del sistema sanitario regionale. L'accesso alla rete integrata dei servizi avviene tramite un "punto unico" che indirizzano il cittadino. Al fine di migliorare la distribuzione delle prestazioni domiciliari e residenziali per i malati cronici non autosufficienti, le Regioni, in relazione ai propri bisogni territoriali, adottano progetti di attuazione dando evidenza anzitutto del fabbisogno di posti letto articolato per intensità assistenziale e per durata.

ISTITUTI PENITENZIARI (ART. 7)

La Conferenza Unificata si impegna ad approvare entro il 30 settembre 2014 le Linee guida sull'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari.

TICKET (ART. 8)

Nel Patto si evidenzia la necessità di una revisione del sistema "che eviti che la partecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi e alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità e universalismo". Il sistema, in fase di prima applicazione, dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare. Successivamente "potrà essere presa in considerazione la condizione 'economica' del nucleo familiare".

I contenuti della revisione dovranno essere definiti entro il 30 novembre 2014.

Il nuovo sistema dovrà garantire per ciascuna regione il medesimo gettito previsto dalla legislazione vigente nazionale, "garantendo comunque l'unitarietà del sistema".

SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI (ART. 9)

Sarà istituita una commissione permanente costituita da Mef, Salute, Regioni e Agenas per aggiornare le tariffe massime per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, nonché per l'assistenza protesica. Sarà promossa anche la sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali.

MOBILITA' SANITARIA (ART. 9)

Previsto, tra le altre cose, che dalla data di stipula del Patto, gli accordi bilaterali previsti dal Patto del 2009 siano "obbligatori". Saranno poi individuati anche i volumi, la tipologia e la modalità di

remunerazione aggiuntiva relative all'espando e trasporto di organi per trapianto, alla ricerca e prelievo di midollo osseo e CSE midollari nonché modalità di compensazione dei costi dei ricoveri ospedalieri erogati da unità operative o strutture pediatriche espressamente individuate, alla casistica di età pediatrica ad elevata complessità assistenziale oggetto di mobilità, nella misura in cui siano riconosciuti diversi da quelli della casistica generale.

LEA (ART. 10)

Al lavoro anche sui Lea, per aggiornarli entro il 31 dicembre 2014.

Quanto alla verifica dei Lea, il Patto prevede che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea stabiliti per i direttori generali costituisce un "grave inadempimento contrattuale" per la quale si prevede la decadenza automatica dei direttori generali.

TAVOLO DI VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI (ART. 11)

Si prevede che, annualmente, ai fini della verifica degli adempimenti regionali che consentono l'accesso al finanziamento integrativo condizionato all'esito positivo, il tavolo possa disporre l'aggiornamento degli adempimenti o delle modalità di verifica, tenuto conto delle disposizioni normative intervenute, degli accordi e intese Stato Regioni e Unificata de delle sopravvenute esigenze di monitoraggio.

SERVIZI SANITARI REGIONALI E PIANI DI RIENTRO. BASTA PRESIDENTI-COMMISSARI AD ACTA (ART. 12)

Nel Patto si conviene sulla necessità di "ridefinire il sistema di governo dei piani di rientro con processi di qualificazione dei servizi sanitari regionali". A questo scopo, il Patto prevede, tra l'altro, l'incompatibilità tra il ruolo dei commissari ad acta con l'affidamento di incarichi istituzionali e, in particolare, che "in caso di nuovi commissariamenti, sia previsto che la nomina a commissario ad acta sia incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento".

Fermo restando il lavoro del tavolo di verifica dei piani di rientro, entro il 30 settembre 2014 l'Agenas dovrà realizzare uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli sistemi sanitari che consenta di rilevare, in via preventiva, attraverso un apposito sistema di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance.

Da rivedere anche le modalità di verifica degli obiettivi connessi all'erogazione dei Lea. Al lavoro anche su procedure di semplificazione e di aggiornamento nella fase attuativa dei programmi operativi in atto sempre con riferimento agli obiettivi connessi all'erogazione dei Lea.

A questo scopo il Patto stabilisce, definendo nell'ultimo testo il termine del 31 marzo 2015, di procedere alla "redazione di un testo unico di raccolta delle disposizioni vigenti in materia di piani di rientro dai disavanzi sanitari".

COLLEGI SINDACALI (ART. 13)

Previsto che, "al fine di rafforzarne il ruolo" e "garantire la composizione coerente con le disposizioni del presente Patto", siano riviste le composizioni dei collegi sindacali delle aziende sanitarie, che dovranno essere composti da tre membri, di cui uno designato dal presidente della Regione, uno dal Ministro della Salute e uno dal Ministro dell'Economia. La nomina avviene sulla base di requisiti che garantiscano standard di elevata qualificazione professionale.

EDILIZIA SANITARIA (ART. 14)

Il Governo si impegna comunque ad assicurare alle Regioni "adeguate risorse finanziarie" per garantire la sicurezza e la continuità di esercizio delle strutture sanitarie, nonché l'adeguamento strutturale e l'ammodernamento tecnologico e organizzativo del Ssn. Questo "compatibilmente con gli obiettivi di finanza pubblica e con il quadro economico", anche attraverso la "rifinalizzazione di quota parte delle risorse eventualmente rivenienti dal procedimento di riaccertamento straordinario dei residui relativi al finanziamento del Ssn", di cui all'art. 49 della legge 89 del 2014.

Le predette risorse, si legge nel Patto, "saranno garantite a valere sul programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria" ex art. 20 o "attraverso altre modalità di finanziamento, anche nell'ambito della quota nazionale della nuova programmazione del Fondo di Sviluppo e Coesione 2014-2020.

Governo e Regioni si impegnano poi a una revisione dell'attuale normativa tecnica in materia di sicurezza, igiene e utilizzazioni degli ambienti attraverso un programma triennale da adottarsi, previa intesa Stato Regioni, entro il 31 dicembre 2014.

SANITA' DIGITALE E PIANO DI EVOLUZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI E CABINA DI REGIA DEL NSIS (ART. 15 E 16)

Regioni e Governo sigleranno, entro 30 giorni dall'intesa sul Patto, un Patto per la Sanità Digitale, cioè un piano strategico per la diffusione della sanità digitale.

Il Patto cita poi il Piano di Evoluzione dei Flussi, che si sviluppa su un orizzonte temporale triennale ed è predisposto dalla cabina di regia del Nsis, i cui compiti, composizione e modalità di funzionamento saranno rivisti entro 90 giorni dalla stipula del Patto.

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (ART. 17)

Confermata la destinazione di 200 milioni annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Stabilito che il 5 per mille sulla quota vincolata per il Piano nazionale prevenzione sia destinato ad attività di supporto al Piano da parte dei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevenzione e Associazione italiana registri tumori.

ATTUAZIONE DEL RIORDINO DEGLI ISTITUTI ZOOPROFILITTICI SPERIMENTALI (ART. 18)

Riordino da parte delle Regioni previsto entro 6 mesi dall'approvazione del Patto, pena commissariamento dell'Istituto da parte del ministero della Salute.

SANITA' PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE (ART. 19)

Regioni impegnate a rendere i sistemi regionali del settore "sempre più efficaci ed efficienti nelle attività di prevenzione, vigilanza e controllo. A tal fine le unità operative deputate a queste funzioni specifiche dovranno essere garantite nelle Asl e "possibilmente configurate come unità operative complesse e dotate di personale adeguato".

RICERCA SANITARIA (ART. 20)

"E' fondamentale – si legge nel testo – il reperimento delle fonti di finanziamento, l'individuazione delle possibili sinergie tra ricerca pubblica, privata, nazionale, europea ed extraeuropea e la razionalizzazione delle risorse già presenti nel Ssn". Quindi, il Patto sollecita ad "evitare rischi di duplicazioni e sovrapposizioni integrando le risorse e individuando tematiche condivise dai soggetti finanziatori". Inoltre "deve essere mantenuto e implementato un percorso rigoroso e trasparente che si occupi non solo di selezionare le migliori proposte di ricerca, ma che aiuti anche concretamente a definire le priorità più utili alla gestione delle aree di incertezza negli interventi sanitari".

ATTIVITA' INTRAMOENIA (ART. 21)

D'accordo sulla necessità di dare "piena attuazione" alla legge 12/2007 (legge Turco) e alle modifiche ad essa apportate dalle legge 189/2012 (Decreto Balduzzi) per consentire il passaggio al regime ordinario dell'esercizio dell'intramoenia all'interno dei presidi e superare definitivamente il regime, ormai da tempo affidato a deroghe, dell'intramoenia allargata. In pratica, si sollecita, da parte delle Asl, una ricognizione degli spazi interni disonibili per le attività libero professionali o l'acquisizione di ulteriori spazi, se necessario, presso altre strutture sanitarie autorizzate. Nella legge Balduzzi era poi prevista una messa in rete degli studi professionali per rendere tracciabili tutti i pagamenti effettuati dai pazienti, rendendo così possibile anche un effettivo controllo del numero delle prestazioni che il professionista svolge sia durante il servizio ordinario sia in regime di intramoenia.

GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE (ART. 22)

Anzitutto una modifica dell'ultimo momento interviene a stabilire che il blocco del turn over per le Regioni in piano di rientro vale solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello della verifica positiva. Inoltre, ieri la Conferenza Stato Regioni ha concordato che sia modificata la previsione del Dl 98/2011 che prescrive a partire dal 2015 il rispetto del vincolo contenuto nella Finanziaria 2010 di un

tetto di spesa per il personale pari a quella del 2004 ridotta dell'1,4%, indipendentemente se la Regione sia in equilibrio economico, prevedendo invece che "le Regioni siano considerate adempienti ove venga accertato il conseguimento di tale vincolo attraverso un percorso graduale fino all'applicazione totale dello stesso nel 2020". E comunque, Stato e Regioni hanno convenuto sulla necessità di avviare un approfondimento per aggiornare il parametro dell'1,4 per cento.

Poi, le norme già previste nel precedente testo. Si parla della "necessità" di valorizzare le risorse umane del Ssn, al fine di garantire una nuova organizzazione del Ssr, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera, servizi territoriali e presa in carico delle cronicità e delle non autosufficienze.

Al fine di razionalizzare e facilitare l'accesso dei giovani medici alla professione sanitaria all'interno del Ssn, si indica nel Patto l'istituzione di un Tavolo politico per individuare, anche alla luce dell'esperienza di altri paesi UE, specifiche soluzioni normative.

Il suddetto Tavolo dovrà concludere i suoi lavori entro il 31 ottobre 2014 con la definizione di una legge delega che dovrà dettare principi e criteri direttivi in ordine a:

- valorizzazione delle risorse umane del Ssn per favorire un'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi;
- accesso delle professioni sanitarie al Ssn nel rispetto dei vincoli di spesa di personale e, per le Regioni in Piano di rientro, dei vincoli fissati dai Piani stessi;
- disciplina della formazione di base e specialista per il personale dipendente e convenzionato della formazione di base specialistica;
- disciplina dello scilupp professionale di carriera con l'introduzione di misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali e nell'utilizzo del personale nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
- introduzione di standards di personale per livello di assistenza ai fini di determinare il fabbisogno di professionisti sanitari a livello nazionale;
- applicazione del Dpcm sul precariato per assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza nelle cure.

Infine, si chiede di prevedere che le Regioni, anche in Piano di rientro, che abbiano raggiunto l'equilibrio economico siano considerate "adempienti" indipendentemente dal conseguimento delle misure di riduzione delle spese per il personale.

ASSISTENZA FARMACEUTICA (ART. 23)

Per il governo della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, nei limiti delle risorse stabilite, si indica che le parti si impegnano: ad adottare iniziative affinché l'Aifa provveda all'aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale dei farmaci rimborsabili sulla base del criterio costo/beneficio ;e efficacia teraeutica, prevedendo anche prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee; rivedere la normativa nazionale che riconduca alla contestualità fra Aic e la definizione del regime di rimborsabilità; una revisione degli accordi negoziali sui farmaci sottoosti ai Regimi di monitoraggio Aifa, dopo un periodo massimo di 36 mesi, valutando se vengono confermati o meno i risultati clinici attesi; definire un percorso per sostenere esclusivamente l'innovazione terapeutica reale, importante e dimostrata risetto alla terapia già in uso; rendere contestualmente valide e applicabili su tutto il territorio nazionale le determinazioni di Aifa; istituire un Tavolo di monitoraggio permanente composto da 3 rappresentanti delle Regioni, un rappresentante del mef, un rappresentante del Ministero della Salute, un rappresentante del Ministero dello Sviluppo economico, un rappresentante Aifa ed un rappresentante di Agenas, che verifichi l'attuazione di quanto previsto da questo articolo ed elabori eventuali proposte er il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

DISPOSITIVI MEDICI (ART. 24)

Qui vengono definite le modalità per l'applicazione di una rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza che consenta lo scambio tempestivo delle informazioni riguardanti incidenti che coinvolgono dispositivi medici. Si conviene poi di predisporre entro il 1 ottobre 2014 un documento recante linee guida per il corretto utilizzo dei dati e della documentazione presente nel Repertorio dei dispositivi medici.

Sarà compito delle Regioni attivare un osservatorio sui consumi e sui prezzi dei dispositivi medici in grado di fornire dati comparativi alle centrali uniche di acquisto su base regionale.

AGGIORNAMENTO DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO (ART. 25)

Il Governo e le Regioni concordano che all'aggiornamento del regolamento sulle norme per l'assistenza protesica erogabili nell'ambito del Ssn, si provvederà anche a valere sui risparmi di spesa derivanti dalle disposizioni del presente Patto per la salute.

CREAZIONE DI UN MODELLO ISTITUZIONALE DI HTA DEI DISPOSITIVI MEDICI E VALUTAZIONE DEI MEDICINALI (ART. 26 E 27)

Il Ministero della Salute per garantire l'azione coordinata dei livelli nazionale, regionali e delle aziende accreditate del Ssn per il governo dei consumi dei dispositivi medici a tutela dell'unitarietà del sistema, della sicurezza nell'uso delle tecnologie e della salute dei cittadini a livello nazionale dovrà: istituire una "Cabina di regia"; fornire elementi utili per le indicazioni dei capitolati di gara per l'acquisizione dei dispositivi medici; fornire elementi per la classificazione dei dispositivi medici in categorie omogenee e per individuare prezzi di riferimento; promuovere la creazione del Programma nazionale di Hta dei dispositivi medici.

CABINA DI REGIA PER IL MONITORAGGIO DEL PATTO (ART. 28)

Il nuovo Patto andrà monitorato nella sua attuazione "con senso di responsabilità e in un rapporto di leale collaborazione tra le parti", attraverso un tavolo permanente della Conferenza Stato-Regioni che costituirà una sorta di cabina di regia, "a cui è, tra l'altro, demandata l'elaborazione di proposte per la spending review interna al settore sanitario".

(Fonte:quotidianosanita)

Diabete. Costa all'Italia 11,2 miliardi all'anno. Il 10% del budget sanitario

Nella due giorni dell'Italian Barometer Diabetes Forum, duecento dei massimi esperti mondiali sull'argomento hanno dato vita ad un vivace dibattito, alla ricerca di soluzioni per un problema che non riguarda solo la salute, ma anche la sostenibilità del sistema sanitario. La ricerca tricolore, nonostante la carenza di fondi, produce lavori di eccellente qualità

Una 'tassa' di 100 euro l'anno. È quanto grava sulle tasche degli italiani il costo dei soli ricoveri legati al diabete, che in media corrono un rischio doppio, rispetto ai soggetti non diabetici, di doversi ricoverare almeno una volta l'anno per le complicanze legate a questa malattia, con degenze protratte di almeno il 20%.

Il diabete provoca ogni anno 12 mila ricoveri per 100 mila persone e in media una persona con diabete su 4 deve ricorrere al ricovero ogni anno. Questo genera una spesa di 6 miliardi di euro, pari appunto 100 euro pro capite.

Sono alcuni dei dati del rapporto "*Facts and figures about diabetes in Italy 2014*", presentato nel corso della settima edizione dell'*Italian Barometer Diabetes Forum*, organizzata da IBDO e da Università di Roma "Tor Vergata", sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica e con il patrocinio di Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione Europea, Parlamento Europeo, Ministero della Salute, con il contributo non condizionato di Novo Nordisk.

“Obiettivo del Forum - **Simona Frontoni**, Presidente Comitato Scientifico *Barometer Forum* - è identificare delle strategie per affrontare il diabete, derivanti dalla collaborazione tra addetti ai lavori e Istituzioni a livello sempre più globale, e non solo dal punto di vista clinico, ma soprattutto sociale, economico e politico. I costi del diabete incidono per il 10% sulla spesa sanitaria nazionale; ogni anno si spendono cioè oltre 11,2 miliardi a causa di questa malattia. E una fetta consistente di questa spesa è rappresentata dalle ospedalizzazioni, che pesano per oltre il 58% (circa 6 miliardi di euro) sulla spesa totale per il diabete. Da sottolineare inoltre che oltre 50 milioni di euro all'anno sono spesi solo per i ricoveri dovuti a ipoglicemia grave. Minimo è invece l'impatto del costo dei trattamenti: appena il 7% del totale”.

“L'edizione 2014 del Forum, che coincide con l'avvio del semestre di presidenza italiana del Consiglio d'Europa – sottolinea **Renato Lauro**, Presidente *IBDO Foundation* - ha visto la partecipazione di oltre 200 esperti di diversa estrazione e diversa provenienza geografica: da Juan Riese Jordà, coordinatore della *Joint Action* europea contro le malattie croniche (CHRODIS-JA) ad Andrew Boulton, presidente della *European Association for the Study of Diabetes* (EASD). Tra gli obiettivi che questo progetto si pone c'è quello di applicare i metodi della medicina di precisione, per capire l'evoluzione della malattia e trovare le terapie personalizzate”.

In un contesto internazionale caratterizzato da continui tagli per le risorse alla ricerca, l'area del diabete mellito resta comunque una priorità, come testimoniato anche dallo sviluppo di reti di collaborazione tra accademia, società scientifiche, industrie, associazioni di pazienti e partner istituzionali. La ricerca ha il ruolo fondamentale di consegnare ai pazienti e alla società le conoscenze necessarie per affrontare questa sfida medica ed epidemiologica del terzo millennio. Buone notizie, nonostante le crescenti ristrettezze nei finanziamenti, vengono dal nostro Paese. “Ogni ricercatore italiano ha a disposizione in media appena 8 mila euro l'anno – spiega il professor **Enzo Bonora**, presidente della Società Italiana di Diabetologia – eppure, nonostante questo, l'Italia continua a mantenere ben saldo il suo quarto posto nella classifica mondiale come *H-index*. Non solo i ricercatori italiani continuano a produrre lavori di

qualità e a pubblicarli, ma sono anche tra i più citati. E' il cosiddetto '*Italian paradox*': pochi fondi ma tanta ricerca di ottima qualità".

E i 'cervelli' italiani si fanno ben valere anche all'estero "Sono oltre 15 mila i ricercatori italiani attivi negli Stati Uniti – ricorda il dottor **Ranieri Guerra** *Attaché* scientifico presso l'Ambasciata italiana a Washington – praticamente tanti, quanto tutto il comparto ricerca in Italia. E non sorprende visto che negli Stati Uniti i finanziamenti per la ricerca si muovono su altre cifre, offrendo dunque altre opportunità. Nel campo del diabete ad esempio, nel periodo 2011-2014 il Governo ha finanziato ben 439 progetti di ricerca, 75 dei quali sono ancora in corso. Ma il grosso dei finanziamenti proviene dal privato, con un rapporto di 4 a 1 rispetto al pubblico, mentre in Italia mancano proprio gli investimenti privati. Ma per cambiare il sistema non basta la disponibilità finanziaria; fondamentale per attirare investimenti, anche dall'estero, è lavorare con un *business plan* adeguato, che garantisca una puntuale rendicontazione dell'impiego dei fondi".

(Fonte:quotidianosanita)

Meno burocrazia per i disabili

Non sarà più necessario sottoporsi a visite di verifica al compimento del 18° anno di età. Si velocizzano le procedure per la richiesta di permessi o congedi lavorativi



Si riduce il peso della burocrazia per le persone con disabilità dopo l'entrata in vigore del Decreto n. 90 «Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari», pubblicato di recente sulla *Gazzetta ufficiale*. Non sarà più necessario, per esempio, sottoporsi a visite di verifica al compimento del 18° anno di età e se la patologia è stabilizzata e ingravescente, mentre si velocizzano le procedure per la richiesta di permessi o congedi lavorativi. «Le nuove norme, oltre a ridurre i disagi di chi ha una disabilità e delle famiglie, fanno risparmiare anche tempo e denaro - afferma Vincenzo Falabella, presidente della Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap) -. Sono interventi che proponiamo da anni in tutti i tavoli di confronto col Ministero della Pubblica amministrazione; ora finalmente diventano realtà». Ma vediamo in dettaglio quali sono le principali novità contenute nell'art. 25 del Decreto.

Maggiorenni

Finora i minori riconosciuti invalidi totali o ciechi o sordi dovevano sottoporsi nuovamente a visita nel momento in cui diventavano maggiorenni, pena la revoca di indennità di accompagnamento o di frequenza. Con le nuove norme non dovranno più sottoporsi a visita di accertamento al compimento del diciottesimo anno di età, ma basterà inoltrare una richiesta amministrativa per continuare a godere delle provvidenze cui hanno diritto. «Si evitano così visite inutili a persone che di certo non migliorano una volta diventate maggiorenni» commenta Falabella.

Rivedibilità

Le persone con patologie o menomazioni stabilizzate e non reversibili non dovranno più essere sottoposte a visite di verifica per accertare la permanenza dell'invalidità, indipendentemente dal fatto che usufruiscano o meno di indennità di accompagnamento o comunicazione. «La revisione dell'invalidità e dell'handicap viene affrontata in modo serio - fa notare il presidente della Fish -. Fino ad oggi era previsto un elenco dei gruppi di patologie esonerati da visita, ora con le nuove disposizioni si supera questo limite».

Permessi al lavoro

Viene dimezzato il tempo, da 90 a 45 giorni, entro il quale la commissione medica deve pronunciarsi sul rilascio di permessi o congedi lavorativi, in seguito alla presentazione del verbale sull'handicap. L'accertamento della disabilità, poi, può essere effettuato anche dal medico specialista - in servizio presso la Asl - che assiste la persona. Le nuove norme prevedono, inoltre, che la commissione possa rilasciare già a fine visita un certificato provvisorio, valido fino all'emissione di quello definitivo.

Concorsi pubblici

Viene semplificato l'accesso alle prove d'esame nei concorsi pubblici e per l'abilitazione alle professioni: una persona con invalidità pari o superiore all'80% non dovrà più sostenere la prova di pre-selezione prevista dai bandi.

Patente di guida

Per chi ha la patente speciale: se la patologia o minorazione certificata dalla commissione medica locale al momento dell'idoneità alla guida è stabilizzata, i successivi rinnovi di validità della patente avverranno come per gli altri automobilisti, quindi senza dover passare la visita in commissione.

Parcheggi

I Comuni avranno l'obbligo di stabilire nelle aree di parcheggio a pagamento un numero di posti gratuiti per le persone con disabilità munite di regolare contrassegno, nella misura di 1 posto ogni 50 disponibili. È invece facoltativo prevedere la sosta gratuita nei parcheggi a pagamento, qualora i posti riservati risultino tutti occupati.

Ricetta medica per malati cronici

L'art. 26 del Decreto si occupa della validità delle prescrizioni farmaceutiche per i malati cronici, che aumenta da 60 a 180 giorni. Il medico di famiglia, inoltre, può prescrivere farmaci fino a sei pezzi per ricetta, purché già utilizzati dal paziente da almeno sei mesi. In tal caso, la durata della prescrizione non può comunque superare i 180 giorni di terapia.

(Fonte:corrieredellasera)



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Il governatore organizza la sua campagna elettorale sugli incarichi. In pochi giorni manager anche a Monaldi e Pascale **Regione, valzer di nomine sulla sanità**

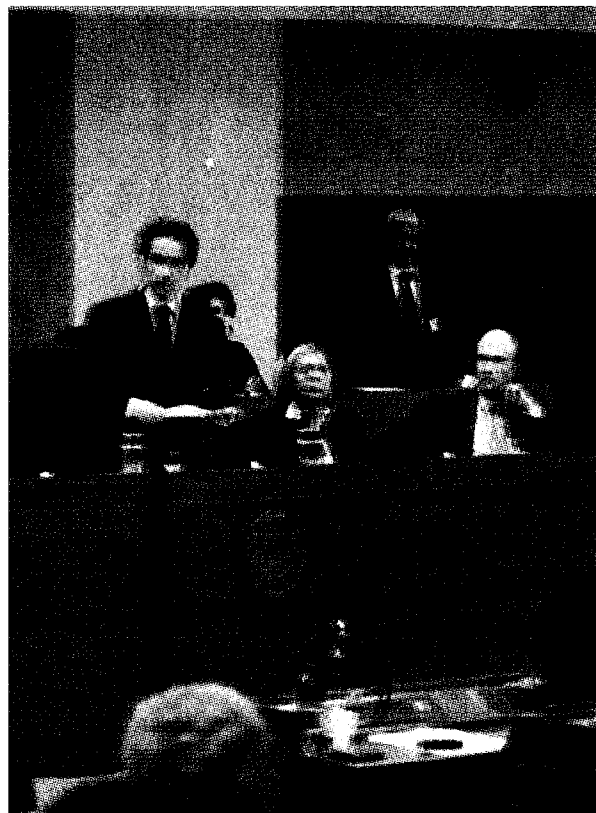
Matarazzo è il nuovo direttore sanitario dell'Ospedale di Caserta

NAPOLI (Iolanda Chiuchiolo) - Nomine no stop. E quando si tratta di sanità si sente subito puzza di elezioni. In Regione si lavora alacremente su questo fronte. Come se non ci fosse un domani. Come se da ora alle prossime elezioni regionali l'unico a dover avere spazio fosse lui, il governatore. Maschera così, **Stefano Caldoro**, le incertezze legate alle garanzie che vorrebbe, e non ha ancora, sulla sua ricandidatura. Dopo aver sfornato gli elenchi da cui attingere i professionisti per la composizione dei Nuclei di Valutazione che possono utilizzare le Partecipate della Regione, e quelli per individuare i prossimi commissari e sub-commissari degli Iacp, il presidente della Regione si è buttato sulla sanità completando un lavoro avviato con la scelta di **Angelo Montemarano** alla guida dell'Arsan. E' di qualche giorno fa la nomina del nuovo direttore generale dell'Ospedale di Caserta, seguita ieri da quella del direttore sanitario. E' arrivata poi anche quella dei vertici del Monaldi e l'apertura delle procedure per individuare quelli del Pascale. Un turbinio di scelte e di nomine che però hanno insospettito il Partito Democratico. **Raffaele Topo**, capogruppo regionale del Pd, ha presentato un'interrogazione per richiamare il Presidente ai propri doveri d'ufficio ritenendo che le modalità con cui sta procedendo alle nomine siano illegittime. *"Sono sorpreso dal modo disinvolto con cui il Presidente Caldoro sta procedendo alla nomina dei nuovi Direttori generali delle aziende ospedaliere e sanitarie come ha fatto al Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta e al Monaldi, senza aver pubblicato il nuovo albo per i Direttori generali ed in palese contrasto con quanto previsto dalla legge finanziaria del 2013, n. 5"* ha dichiarato Topo.

La Regione Campania, con legge n.5 del 6 maggio 2013, ha previsto una nuova disciplina per la formazione degli idonei alla nomina a Direttore generale delle Aziende e degli Enti del servizio sanitario regionale. La norma "fissava, per la costituzione del nuovo elenco regionale degli idonei, il termine perentorio di "centottanta giorni dalla data in vigore della presente legge ovvero il 24/12/2013". Termine, a quanto pare, non preso in considerazione se Caldoro "continua a pubblicare i bandi con il vecchio elenco. Non oso pensare - conclude Topo - e spero di essere smentito che tutto questo, più che in osservanza alla legge e al migliore funzionamento delle Asl, sia ispirato solo da pulsioni elettorali". Ieri il direttore generale dell'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta **Luigi Muto** ha nominato diret-

tore sanitario **Giuseppe Matarazzo**, scritto nell'elenco regionale degli aspiranti alla nomina di direttore generale. Il neo-direttore sanitario ha già ricoperto lo stesso incarico presso l'Ospedale "Antonio Cardarelli" maturando, dunque, una vastissima e qualificata esperienza proprio alla direzione sanitaria di un'azienda ospedaliera di rilievo nazionale. In precedenza, il dottor Matarazzo aveva svolto sempre a Napoli l'incarico di direttore sanitario aziendale anche al "Monaldi-Cotugno" e attualmente ricopriva, a partire dal 14 novembre 2013, l'incarico di direttore sanitario del presidio ospedaliero "San Paolo" dell'Asl Napoli 1 Centro, dopo aver svolto la stessa funzione anche negli altri presidi ospedalieri partenopei "San Giovanni Bosco" e "Santa Maria di Loreto Nuovo. Che la sanità sia al centro degli interessi di Caldoro lo dimostra la solerzia con cui in questi anni ha proceduto a tagli e ridimensionamenti, per escludere poi con bilanci che riportano una condizione economica migliore degli anni passati. E probabilmente sarà ancora la sanità al centro della conferenza stampa che si terrà oggi alle 15. E' stata convocata dal gruppo Forza Italia della Camera dei deputati per illustrare lo stato dell'arte dei provvedimenti, in discussione a Montecitorio e nelle Commissioni, che riguardano la Campania, il territorio della Regione e le relative popolazioni. All'incontro prenderanno parte il presidente dei deputati di Forza Italia, **Renato Brunetta**, il presidente della Regione Campania, **Stefano Caldoro**, la portavoce del gruppo Forza Italia di Montecitorio, **Mara Carfagna**, e i deputati campani di Forza Italia, **Paolo Russo** e **Carlo Sarro**.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il drappello dell'ospedale Santa Maria della Pietà avrebbe dovuto aprire i battenti già alcuni mesi fa

Nuovo pronto soccorso, tutto rinviato a settembre

NOLA (m.g.) - Per ora è tutto come prima, i lavori sarebbero stati completati ma il drappello resta chiuso: si tratta del pronto soccorso dell'ospedale Santa Maria della Pietà di Nola. Sono mesi, ormai, che il drappello doveva aprire i battenti ma fino ad ora, tra un rimando e un altro, i ritardi la fanno da padrone. L'inaugurazione slitta di continuo e non si capiscono i motivi per cui non si riesce a partire. Le organizzazioni sindacali più di una volta hanno chiesto spiegazione ai vertici dell'ospedale ma non si è arrivati ancora a niente. La questione che tiene banco per

quel che riguarda la 'Sanità' locale, è sempre legata alla consegna del nuovo pronto soccorso. Il presidio sarà dotato, in primo luogo di una camera calda di accesso alle autoambulanze. La consegna era prevista nei mesi scorsi, ma anche a causa delle opere ritardate dalle condizioni meteo (non proprio favorevoli durante lo scorso inverno) era slittata a fine aprile, ma da allora ancora nessuna inaugurazione. I lavori sarebbero conclusi e mancherebbe soltanto l'ultimo tassello per il taglio del nastro. Sulla carta si tratta di un polo all'avanguardia: i

'codici' verdi, gialli e rossi, troveranno subito appositi percorsi separati e livelli di

assistenza adeguati alla tipologia di assistenza da porre in essere. Saranno

previste inoltre stanze per poli traumatizzati, per ustionati, fino ad un vero e proprio reparto di osservazione breve. Continua però l'attesa per il bacino dell'area vesuviana, che conta circa 600mila unità, per l'apertura del pronto soccorso: si spera che la situazione possa sbloccarsi nelle prossime settimane. Non è escluso che tutto possa essere rinviato al periodo autunnale. Intanto tra disagi, disservizi e polemiche a pagare sono sempre gli utenti, che non possono usufruire di un servizio all'altezza.

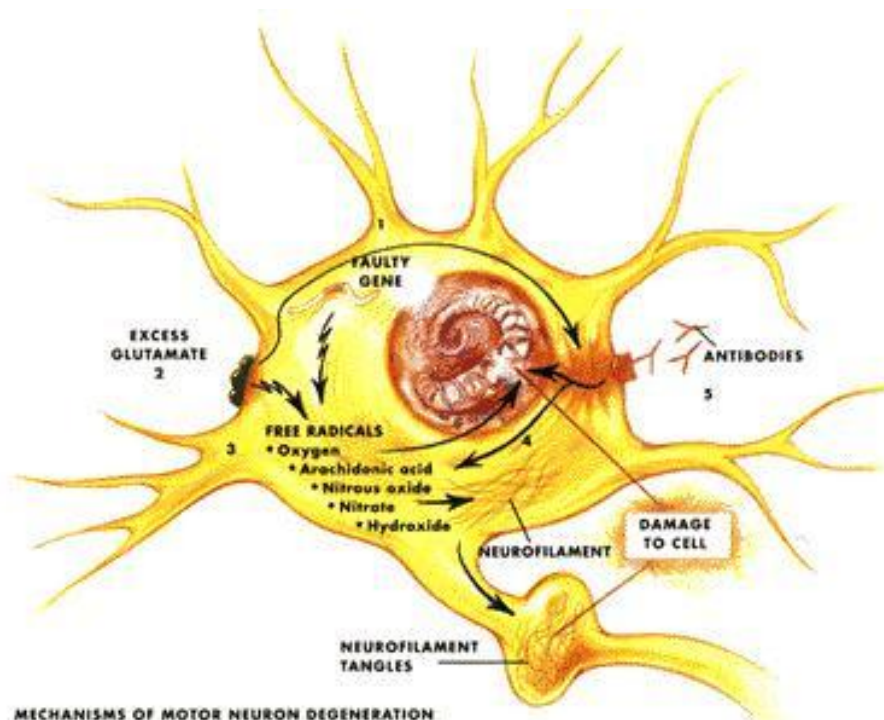


L'ospedale Santa Maria della Pietà



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Diagnosi Alzheimer 20 anni prima dei sintomi osservando l'occhio

I ricercatori hanno individuato le tracce del morbo grazie a una spezia

Una semplice ecografia oculare potrà identificare se una persona soffrirà del morbo di Alzheimer, anche vent'anni prima della comparsa dei sintomi grazie all'ausilio della curcumina. In una sperimentazione condotta in Australia dall'Ente nazionale di ricerca Csiro e dall'Università Edith Cowan di Perth.



Un aiuto dalle spezie - Durante il test, ai partecipanti è stata somministrata curcumina, il principale componente biologicamente attivo del turmerico, o zafferano delle Indie, una pianta della stessa famiglia dello zenzero, prima di sottoporli all'ecografia.

Questa spezia colora la proteina precursore della beta-amiloide. Come risultato allo scanner, risultano dei punti fluorescenti. La misura e la quantità di questi punti vengono poi misurati e comparati ad altri indicatori del morbo di Alzheimer.

I livelli di beta-amiloide trovati nella retina riflettono quelli trovati nel cervello e offrono una più semplice "finestra diagnostica".

Per Shaun Frost, tra gli autori della ricerca, "la speranza è che un giorno questo test diventi di routine".

(Fonte:asca)

Arriva la coronografia "soft". Ora basta una Tac

Al Monzino di Milano il software che sa interpretare le immagini delle tomografie

CARDIOLOGIA

DANIELE BANFI

Una coronarografia senza coronarografia. È una possibilità, finalmente concreta, di realizzare l'esame che permette di valutare lo stato di salute dei vasi sanguigni in assenza degli effetti collaterali che possono generarsi in seguito all'angiografia coronarica. Come?

Il segreto lo chiama «Ffr-Tc», un software sviluppato per interpretare le immagini delle Tac, le tomografie assiali computerizzate. A renderlo noto è il Centro Cardio-

Gianluca Pontone Cardiologo

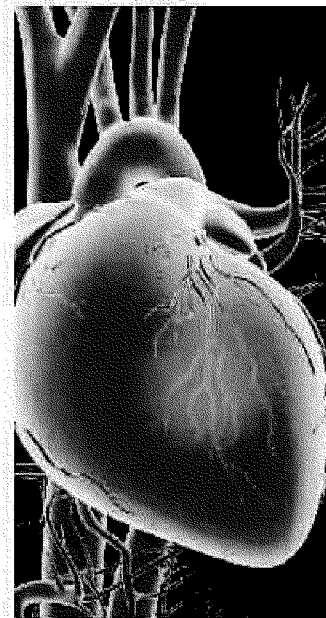
RUOLO: È RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA DI «RM» DELL'AREA IMAGING CARDIOVASCOLARE AL CENTRO CARDIOLOGICO MONZINO

logico Monzino di Milano, l'unico ospedale europeo ad essere interamente dedicato alla salute del cuore, dove si sta concludendo lo studio «Platform», finalizzato alla valutazione dell'efficacia clinica di questa metodologia.

Spiega Gianluca Pontone, responsabile dell'unità operativa di «Rm» dell'area imaging cardiovascolare all'ospedale milanese: «Fino ad oggi la Tac

era in grado di individuare solo la presenza di eventuali restringimenti coronarici, ma non di stimarne la gravità: a questo scopo erano necessari test funzionali, definiti di secondo livello, come la scintigrafia miocardica o la risonanza magnetica cardiaca da stress o, ancora, la coronarografia». Esami, questi ultimi, non certo privi di effetti collaterali. Per esempio, nel caso dell'angiografia coronarica, il paziente viene sottoposto ad anestesia locale. Una procedura necessaria, perché l'indagine prevede l'inserzione - a livello dell'arteria femorale - di un catetere che permette di visualizzare l'interno delle coronarie e valutare il grado di restringimento.

«Da tempo gli ingegneri biomedici - continua Pontone - sono all'opera nel tentativo di migliorare i parametri forniti da un esame, nettamente meno invasivo, come la Tac. A questo proposito, dopo anni di lavoro, è stata creata la tecnologia «Ffr-Tc». Si tratta di un software capace di misurare la cosiddetta «fractional flow reserve», il parametro che valuta la gravità dei restringimenti coronarici». Una tecnologia che offre l'evidente vantaggio di poter valutare, con un solo metodo, sia l'anatomia dei vasi del cuore sia il significato funzionale degli eventuali restringimenti. Un esame necessario per capire come e quando intervenire, per esempio con gli stent, che, posizionati all'inter-



no dell'arteria, sono capaci di riportare il corretto flusso sanguigno. «Ma l'altra grande novità - aggiunge lo specialista - riguarda l'esposizione alle radiazioni, molto contenute per il paziente».

Grazie allo studio «Platform», coordinato proprio da Pontone e giunto alla fase conclusiva, si vuole ora validare il rapporto costo-efficacia della «Ffr», misurata con Tac cardiaca, rispetto ai test standard. «La nuova tecnologia potrebbe cambiare il paradigma diagnostico della cardiopatia ischemica e siamo soddisfatti di essere i primi in Italia a poterla offrire». Un'esigenza, quella della diagnosi precoce, sempre più pressante: se cresce il numero di persone a rischio cardiovascolare, i costi della Sanità continuano a lievitare. Il nuovo metodo, oltre che più efficace, potrebbe risultare anche più vantaggioso dal punto di vista economico.

@danielebanfi83

“Il cortocircuito dei sette geni nella mente dei bambini autistici”

MONICA MAZZOTTO

Andrea deve far suonare, con le nocche, ogni oggetto che incontra, Paolo non parla e, quando cammina, vuole svuotare e riempire i bidoni della spazzatura. Davide urla senza apparente motivo e si nasconde sotto il letto. Poi, però, c'è Francesco che parla e riesce a spiegarti cosa vede e come funzionano i suoi sensi con un video di sua realizzazione.

Ragazzi diversi, che in comune hanno l'autismo, un disturbo poco conosciuto, ma sempre più diffuso. «Negli Anni 70 c'era un autistico ogni 100 mila abitanti, oggi un bambino su 100 è autistico. E ci sono picchi come la Corea, dove si arriva a uno su 80 abitanti». A spiegarlo è Lucio Moderato, direttore dei servizi territoriali della Fondazione Istituto Sacra Famiglia, docente all'Università Cattolica di Milano e direttore scientifico dell'associazione «Autismo e Società»: è uno dei massimi esperti italiani, autore di un centinaio di pubblicazioni e padre di «Superability», un metodo terapeutico per chi soffre di disabilità intellettive.

Professore, da 30 anni lavora in questo campo e ha incontrato migliaia di soggetti autistici: pensa che questi dati allarmanti siano dovuti anche alla maggiore accuratezza delle diagnosi?

«Le diagnosi sono più precise e tante forme di autismo, un tempo, non venivano riconosciute o venivano scambiate per altri disturbi, come la schizofrenia. Ma l'aumento dei casi c'è ed è reale».

Da uno studio sul «Journal of the American Medical Association» emerge che il rischio di soffrire della sindrome sia

al 50% genetico e al 50% ambientale. È così?

«E' vero, esiste un'interazione tra fattori genetici e fattori ambientali, ma l'interazione è particolare. Il rapporto tra i primi e i secondi è simile a quello tra una bomba e una spoletta. Se c'è la bomba e non c'è la spoletta, la bomba non esplode, e viceversa. Deve esserci l'occasione e la predisposizione. Ma sostenere che, in media, il rapporto sia di 50 e 50 è semplicistico, perché, essendo una media, vuol dire che in tanti casi per il 70% sarà genetico e per il 30% ambientale o viceversa».

Solo il 60% degli italiani pensa di sapere che cos'è l'autismo e, di questo, il 70% crede che gli autistici possiedano forme di genialità. Che cos'è l'autismo?

«Non è una malattia, ma un disturbo generalizzato dello sviluppo. L'elevata frequenza di disabilità intellettiva e di epilessia avvalorano l'ipotesi che l'autismo derivi da un'anomalia dello sviluppo cerebrale che ha avuto un altro tipo di evoluzione. Infatti, non esiste un solo tipo di autismo, ma infiniti, e oggi si parla di sindrome dello spettro autistico. Immaginate due linee parallele: la prima rappresenta l'intensità dell'autismo e l'altra l'intelligenza. Provate a congiungere due degli infiniti punti di queste linee: avrete infinite combinazioni. Ci può essere il bambino con un alto livello di autismo e alti livelli di intelligenza o un basso livello di autismo e un basso livello di intelligenza. E tra questi casi limite ci sono infinite combinazioni».

bambino con un alto livello di autismo e alti livelli di intelligenza o un basso livello di autismo e un basso livello di intelligenza. E tra questi casi limite ci sono infinite combinazioni».

Perché questa variabilità?

«Perché allo stato della ricerca entrano in gioco almeno sette



Lucio Moderato Psicologo

RUOLO: È PROFESSORE DI PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ ALL'UNIVERSITÀ CATTOLICA DI MILANO
IL LIBRO: «VOCI DAL SILENZIO» FRANCO ANGELI EDIZIONI

geni che si incrociano e che interagiscono con l'ambiente. Questi geni hanno una diversa influenza su diverse aree di sviluppo: alcuni sugli aspetti sensoriali, altri su quelli intestinali, altri su quelli neurologici. Per far capire quanto può essere vasta la combinazione dei sette geni si può pensare alle note: quanti brani sono stati composti con sette note? Infiniti. E questo è il problema dell'autismo. Anche se li racchiudiamo sotto la stessa etichetta, non c'è un caso uguale a un altro. Sono tutti complessi e atipici. Questa è la sfida e nel mio lavoro devo sempre cercare la strada "su misura"».

Ma gli autistici possiedono anche dei punti in comune?

«Sì. Hanno un pensiero che funziona prevalentemente per immagini e processano le immagini in modo seriale, una alla volta. Immaginate la nostra mente come una botte aperta e le informazioni come l'acqua. Come si riempie una botte? Con facilità, visto che il foro di ingresso è ampio. Non dobbiamo prende-

re la mira. La mente degli autistici, invece, è come una damigiana, con il foro d'entrata piccolo. La damigiana la puoi riempire solo se stai attento. Se butti secchiate, la maggior parte dell'acqua andrà fuori. Questo è il sistema di apprendimento dell'autistico. In più i neuroni non sono collegati da opportuni legami sinaptici. Per questo non creano circuiti funzionali utili. In pratica non generano categorie, ma connessioni singole, come se ogni oggetto fosse a sé stante».

Per esempio?

«Il nome "mela" viene associato a una singola mela, ogni volta ex novo. Non si crea la categoria "mela" grazie alla quale ogni mela, indipendentemente dalla forma o colore, viene riconosciuta».

Se manca la categorizzazione, è anche un problema ripescare dalla memoria le informazioni assimilate?

«Sì. Mancando le categorie e i collegamenti tra neuroni, è come se entrassimo in una biblioteca e per cercare un libro fossimo costretti a guardare un volume alla volta. A complicare i processi di apprendimento, poi, si deve aggiungere l'ipersensibilità».

Cosa intende?

«Le informazioni utili per l'apprendimento arrivano al cervello grazie ai sensi. Gli autistici li hanno alterati, ma non come si credeva un tempo, quando li si considerava come individui chiusi in se stessi. Al contrario sono "troppo" aperti. Non sentono poco, ma troppo. Possiedono una sensibilità incredibile alla luce e ai rumori. Anche la percezione cutanea è elevata: noi non sentiamo l'aria che si muove, loro sì e sentono spesso dei pruriti insopportabili».

li. Il mondo è troppo intenso per loro. Pensate di avere sempre un faro piantato negli occhi, di non riuscire a stare seduti e di sentire un rumore costante. E ora provate a leggere un libro».

Un lavoro all'Università del Connecticut sostiene che ci siano comunque possibilità di guarigione: lei cosa pensa?

«Purtroppo la cattiva informazione si occupa spesso di autismo. Credo che non ci sia nulla di più dannoso delle illusioni. I genitori spesso si affidano ad informazioni ottenute su Internet e diventano vittime di abili illusionisti. Purtroppo, al momento, non c'è possibilità di guarire, ma c'è tanto che può essere fatto. In molti casi possiamo rendere questi bambini in grado di affrontare le sfide della vita. Ci vuole tecnica e soprattutto pazienza».

In che modo?

«I bimbi autistici sono difficili: piangono e non capisci cos'anno, ridono e non sai perché. A volte ridono quando sono tristi e piangono quando sono allegri. Fanno cose "strane". Ma questi comportamenti "hanno un senso". Siamo noi che dobbiamo capire ciò che non va».

Quali gli interventi più opportuni?

«Per esempio è importante capire che le terapie vanno fatte a casa, anche se pochi lo fanno. E' inutile che il bambino faccia psicomotricità e logopedia e poi non sappia lavarsi i capelli. Dobbiamo fare ciò che in termini tecnici si chiama "Net", "Natural environment treatment": trattamenti in ambienti di vita naturali, in sinergia con insegnanti, educatori, terapisti e genitori. Dobbiamo cercare di insegnare loro tutte le attività quotidiane che permettano di avere una vita sociale accettabile».

Che cosa ha imparato dalle persone con autismo?

«Sono i miei docenti! In un mondo troppo veloce ci dicono che è con la lentezza e con la dedizione che si impara ed è con il sacrificio che si diventa grandi».



Accordo tra l'Alcol, la divisione oculistica della multinazionale farmaceutica Novartis, e la sezione X del colosso tecnologico di Mountain View. L'obiettivo è un dispositivo ottico a contatto capace di correggere i difetti della vista e di monitorare patologie grazie a sensori e microchip. A cominciare dal livello del glucosio, che si misura attraverso il liquido lacrimale

Lenti di Google per il diabete

L'INNOVAZIONE

NEW YORK

Google allunga lo sguardo, e partendo dall'elettronica, ha annunciato ieri che lancerà la prima applicazione medica della sua tecnologia: insieme alla Alcon, divisione della farmaceutica Novartis produrrà lenti a contatto a focalizzazione elettronica, e che allo stesso tempo leggono il livello di glucosio nel sangue, a vantaggio dei pazienti di diabete. Il ceo di Google Sergey Brin aveva già annunciato lo scorso gennaio che la piattaforma era stata perfezionata da Google X, la divisione top secret dell'azienda di Menlo Park. Isolato in un quadrante all'interno del campus californiano dell'azienda a due passi da San Francisco, il laboratorio ha già partorito l'auto priva di pilota e ha perfezionato il riconoscimento vocale da parte di un computer. Allo stesso tempo Google sta studiando tecniche alternative per portare Internet negli angoli della Terra dove non è ancora arrivato, oltre che elaborare "Internet of Things", ovvero l'integrazione perfetta tra l'individuo, la sua abitazione e l'ambiente che lo circonda: un Grande Fratello planetario pieno di promesse e di grandi interrogativi per il nostro futuro.

IL PROCESSO

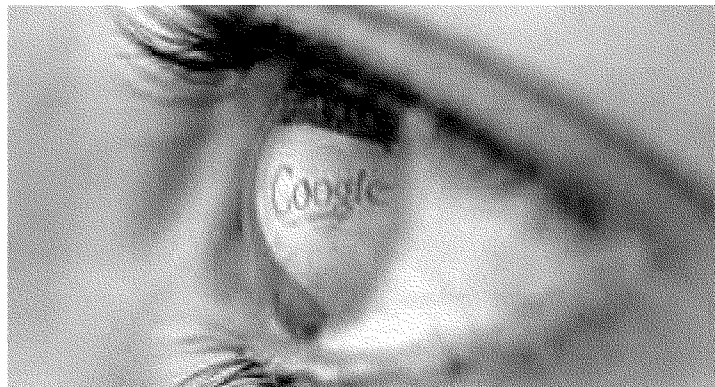
Le lenti a contatto elettroniche a confronto sono un piccolo passo, ma allo stesso tempo segnano una data miliare per l'invasione di campo, dal reame della "consumer electronics" a quello della medicina. Un campo di scoperta scientifica e di applicazioni commerciali gigantesco. Le "lenti intelligenti" incorporano un sensore che legge a rapidi intervalli il contenuto di glucosio del liquido lacrimale. Il lettore è un micro chip a bassa frequenza collegato ad un circuito elettronico orbitale, tanto sottile che non entra nel campo visivo della pupilla, e quindi non pregiudica la vista. I dati raccolti dal chip sono trasmessi da un'antenna che ha un diametro inferiore a quello di un

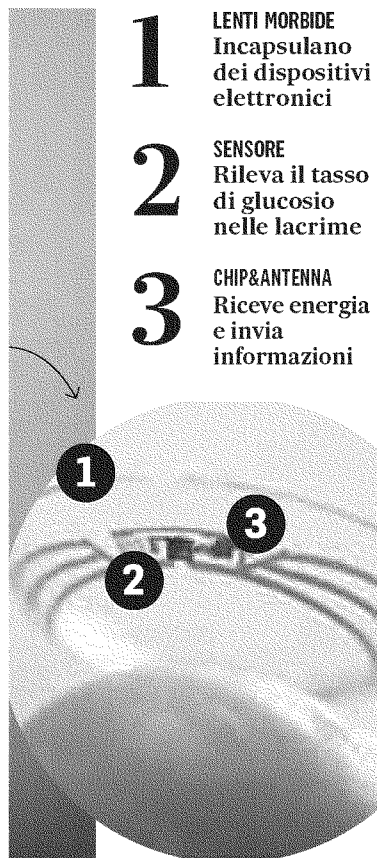


capello. L'antenna è incorporata nella lente e comunica senza fili. Le informazioni arrivano su un dispositivo separato, che in tempi non remoti potrebbe divenire lo stesso telefonino dell'utente. In questo modo un paziente di diabete sarà subito avvertito dell'alterazione del livello di insulina, senza più dover aspettare i sintomi, o sottoporsi alle punture del dito.

La tecnologia è inedita e già coperta da diversi brevetti Google, ma si affianca ad altri dispositivi che la stessa azienda sta già approntando per la diagnosi e il monitoraggio di malattie come l'autismo e il morbo di Parkinson. Allo stesso tempo le "lens smart" sono un rimpiazzo per quelle a contatto che oggi sostituiscono gli occhiali. L'unica differenza è che sono dotate di una focalizzazione elettronica come l'obiettivo di una macchina fotografica, e quindi permettono

APPLICAZIONE MEDICA DELL'ELETTRONICA: LA MESSA A FUOCO È SIMILE A QUELLA DI UNA MACCHINA FOTOGRAFICA





- 1** LENTI MORBIDE
Incapsulano
dei dispositivi
elettronici
- 2** SENSORE
Rileva il tasso
di glucosio
nelle lacrime
- 3** CHIP&ANTENNA
Riceve energia
e invia
informazioni

di cambiare il campo del fuoco a seconda della necessità, aggiornandola anche ad un eventuale deterioramento della vista.

LA FRONTIERA

Siamo dunque di fronte alla soglia di quello che è già stato definito: l'arrivo del dottore elettronico pret à porter. La stessa Google il mese scorso ha fatto debuttare la piattaforma Fit, con la quale è possibile misurare in continuazione la fitness, o salute generale del corpo, e registrare la serenità delle varie fasi del sonno. Fit gira su piattaforme Android e quindi può essere ricevuta da tutte le componenti mobili di Google, ma la Apple ha già risposto con una sua versione HealthKit della stessa tecnologia. I giganti del settore dell'elettronica sono pronti per partire alla conquista della nuova frontiera.

Flavio Pompetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il colesterolo può "innescare" il cancro

Accenderebbe l'interruttore che attiva alcuni tipi di tumore

Anche se recenti studi l'hanno scagionato sul fronte della salute cardiovascolare, il colesterolo torna sul banco degli imputati con l'accusa di favorire l'insorgenza di alcuni tumori. Questi i risultati di uno studio condotto dalla *University of Illinois di Chicago* e pubblicato su *Nature Communications*.



"Accende" la malattia - Il colesterolo accenderebbe un "interruttore" del cancro, innescerebbe una cascata molecolare nota per essere legata alla genesi di alcune neoplasie, tra cui quelle al colon, ai polmoni, alla mammella e il melanoma. Lo studio descrive il legame tra il colesterolo e una proteina - chiamata Dishvelled - che a sua volta accende un "interruttore" molecolare con un ruolo in certi tumori, denominato Wnt. Questa è una molecola che normalmente favorisce la crescita cellulare.

La prima associazione diretta - E' noto che diete eccessivamente ricche di grassi possono essere legate a maggior rischio oncologico. Ma finora non si era trovato alcun legame diretto con il colesterolo. Secondo i ricercatori, il legame del colesterolo a Dishvelled e quindi l'attivazione di Wnt potrebbe avere un ruolo nel favorire certe tipologie di tumori. Questa scoperta potrebbe suggerire azioni preventive o nuove terapie antitumorali.

(Fonte:asca)

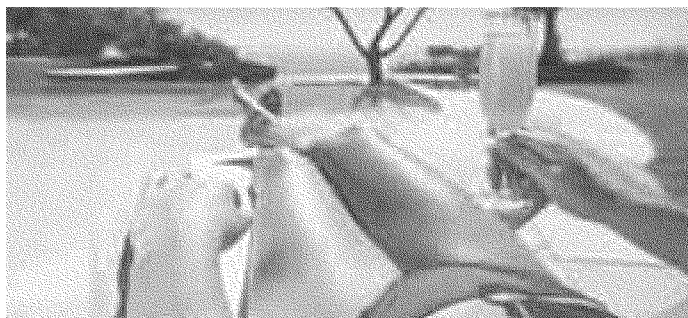
Amico o nemico? Il sole e gli esperti

Per gli svedesi è fondamentale per la vitamina D ma americani e italiani richiamano alla prudenza nell'esporsi

Sole sì o no? Arrivata l'estate la grande domanda è sempre la stessa.

Prendere troppo sole fa male ma evitarlo del tutto, pensando di scongiurare il rischio che compaia il melanoma, potrebbe essere peggio. L'assenza di esposizione provoca, infatti, una netta riduzione della produzione di vitamina D fino a raddoppiare il rischio di mortalità. Lo sostengono i medici del Karolinska University Hospital e del Lund University Hospital in una indagine, pubblicata sul Journal of Internal Medicine, condotta su circa 30.000 donne svedesi, fra i 25 e i 64 anni di età e con pelle molto chiara, seguite per 20 anni.

«Abbiamo scoperto che la mortalità per tutte le cause è risultata inversamente correlata alle abitudini di prendere il sole - spiegano gli autori - Il tasso di mortalità tra coloro che evitavano del tutto il sole è risultata circa due volte superiore rispetto al gruppo che invece vi si esponeva. Quindi consigliare di evitare i raggi solari, soprattutto nei paesi in cui l'intensità è bassa, potrebbe essere dannoso per la salute delle donne». Agli specialisti svedesi, però, ribattono i dermatologi americani di posizione opposta: «È noto che



esporsi al sole aumenta il rischio che si sviluppino tumori cutanei, è fondamentale evitare i raggi, proteggersi con i filtri e stare il più possibile all'ombra - scrivono gli specialisti in una nota - Il rischio di carenza di vitamina D può essere facilmente compensato con fonti alimentari, alimenti fortificati o integratori che la contengono».

Se l'operazione tintarella deve essere affrontata da tutti con consapevolezza e moderazione, il discorso vale soprattutto per i pazienti oncologici. «Le donne che si sottopongono a radioterapia devono prestare particolare attenzione perché su una pelle già irradiata, i danni possono essere amplificati», spiega Paolo Nardini, dermatologo di Ispo che si occupa di diagnosi precoce del melanoma e degli altri tumori della pelle. Alle pazienti, il dermatologo suggerirà

“
Per gli studiosi d'oltreoceano è fondamentale evitare i raggi e proteggersi con i filtri
”

consigli e accorgimenti per limitare i danni. «In primo luogo - conclude Nardini - occorre sfatare il falso mito della protezione solare totale.

Quella è solo un aiuto, ma quello che conta è limitare i tempi di esposizione e, soprattutto, evitare, le ore critiche, quelle centrali della giornata».