



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



i **f**ocus
del Mattino

Così gli sprechi e la corruzione affossano la Sanità

Marco Esposito

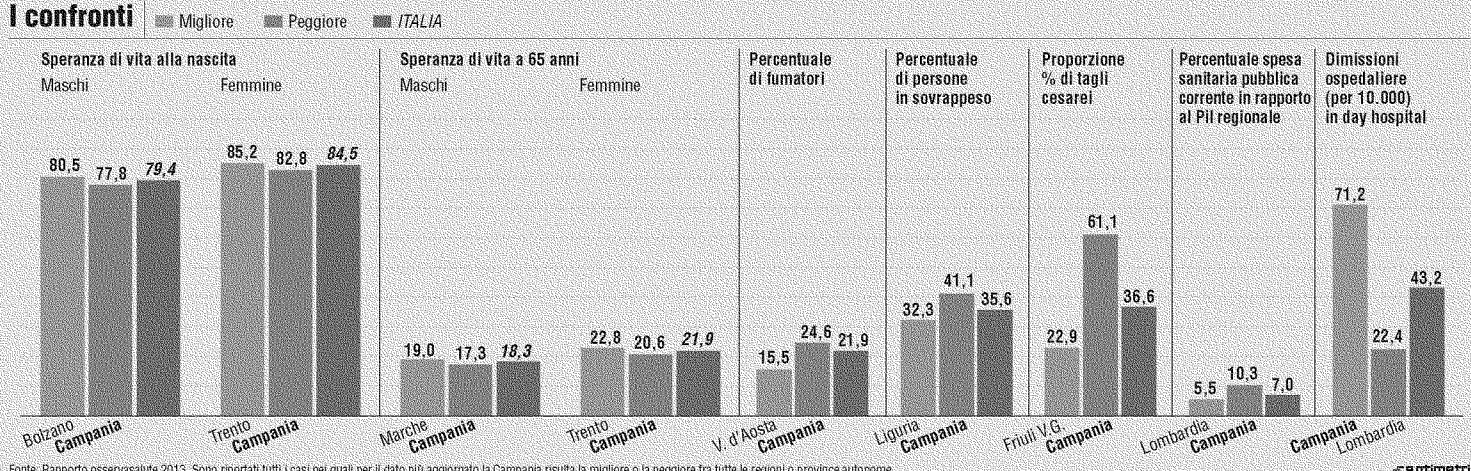
I tagli da spending review stanno az-zoppando i servizi sanitari, soprattutto al Sud, ma nello stesso tempo la corruzione e gli sprechi provocano un danno ancora maggiore, stimato nella cifra mostruosa di 23,6 miliardi di euro. È la doppia fotografia scattata ieri da due rapporti. Uno, l'Osservasalute dell'Università cattolica del Sacro Cuore di Roma, ormai tradizionale visto che è all'undicesima edizione; l'altro, dell'Ispe-Sanità, alla sua prima uscita: un corposo «Libro bianco sulla corruzione in sanità». La Campania risulta, nello stesso tempo, la regione dei tre record: è quella nella quale si spende meno in sanità, è quella con il maggior numero di fenomeni di corruzione ed quella le peggiori condizioni sanitarie della popolazione. In un mondo ideale, basterebbe combattere gli sprechi e la corruzione in Campania come altrove per recuperare risorse, investendone una parte per migliorare i servizi sanitari e la prevenzione; tuttavia in Italia, come scriveva Ennio Flaiano, e come ricorda il Libro bianco, «i problemi non si risolvono, passano di moda».

I medici

Sono 5 mila quelli andati all'estero

In 4 anni, dal 2009 al 2013, sono oltre 5 mila i medici italiani emigrati all'estero per usufruire di migliori opportunità e condizioni lavorative. Il dato è emerso nel corso della presentazione del Rapporto Osservasalute 2013.

I confronti



Il rapporto

Sanità, corruzioni e sprechi bruciano più di 23 miliardi

L'Ispe è un ambizioso Istituto per la promozione dell'etica nella sanità, fondato dal docente di marketing farmaceutico Francesco Macchia e che vanta nel comitato etico tra gli altri Sebastiano Maffettone, Giovanni Guzzetta, Gustavo Piga e Walter Ricciardi.

Il Libro bianco dell'Ispe individua cinque falle nel sistema sanitario. La prima è legata alle nomine, spesso politicizzate, oppure in conflitto d'interessi con strutture private, sovente insindacabili e talvolta incompetenti: in Campania si aggiunge il fenomeno diffuso delle proroghe che rende i manager quasi inamovibili (il riferimento è al ricorso eccessivo di quanto previsto dall'articolo 18 del contratto di lavoro di categoria). La seconda falla è la spesa farmaceutica, sia per l'aumento artificioso dei prezzi, sia per prescrizioni e rimborsi fasulli. Terzo fattore critico è quello delle gare, a volte orientate in favore di cartelli se non addirittura della criminalità organizzata. Quarto aspetto critico la mera negligenza, intesa come dirottamento verso la sanità privata, false dichiarazioni riguardo all'intramoenia, la quale soffre anche di omessi versamenti. Infine il quinto aspetto è la presenza massiccia della sanità privata, nel cui campo si registrano mancati controlli dei requisiti, ostacoli all'ingresso di concorrenti, scarso turnover, prestazioni inutili, falsi documentali.

Tutti i settori economici sono soggetti alla corruzione, ma nella sanità la principale spinta al diffondersi di abusi è «l'accettazione, o perlomeno la tolleranza, del fenomeno». I reati di corruzione nella sanità riguardano in particolare la Campania, che ha il record nazionale, ma anche Lombardia, Piemonte e in fondo nessun territorio ne è escluso.

Ma come si arriva alla cifra, enorme ma piuttosto precisa, di 23,6 miliardi di costi della corruzione? Una somma, va rilevato, molto superiore al miliardo di euro scovato dalla Guardia di Finanza nei controlli anticorruzione. La formula di Ispe-Sanità (che si pre-

sta ovviamente a critiche come per tutte le semplificazioni) prevede una prima valutazione di 6,4 miliardi legata a parametri di corruzione internazionali e in un certo senso fisiologici rispetto ai 115 miliardi di spesa complessiva. A

**Manager
Il ricorso
eccessivo
alle
proroghe
li rende
di fatto
inamovibili**

che superavano il 75° percentile. La stima del peso della corruzione è stata fatta attraverso un algoritmo matematico elaborato dalle università Tor Vergata e Cattolica di Roma, basato sulle differenze nelle spese delle diverse Asl e aziende ospedaliere su una serie di voci di costo.

Soltanto prendendo come parametro le aziende virtuose, spiegano gli ideatori, e considerando che scostamenti troppo elevati sono indice quasi certo di corruzione, il peso di quest'ultima è risultato di 6,4 miliardi di euro. A questo importo vanno ad aggiungersi inefficienze (3,2 miliardi) e sprechi (14 miliardi) e si arriva a una cifra di 23,6 miliardi.

Un altro modello, realizzato dal Ceis con il centro ricerche Semeion, ha usato i dati dei bilanci di 66 Asl in cinque Regioni italiane, e ha evidenziato che dove le Asl agiscono con un unico modello gestionale, come in Lombardia, l'Emilia Romagna e il Veneto, la spesa è più efficiente rispetto a Regioni come il Lazio e la Campania in cui invece ognuna agisce per conto proprio, lasciando quin-



Ricciardi
Ma i tagli
aumentano
i divari
tra le regioni

di spazio a corruzione e sprechi. «Il discrimine - si legge nel rapporto - che trasforma l'inefficienza e gli sprechi nella corruzione è determinata dalla presenza o meno di una strategia che persegue al disgregazione gestionale». Attenzione però: l'applicazione di un modello gestionale lombardo porterebbe «importanti riduzioni di spesa soprattutto nelle Asl delle regioni Lazio, Veneto ed Emilia Romagna», ma non in quelle della Campania, le quali spendono meno di tutte e il loro problema non è quindi l'eccesso di spesa ma l'insufficienza dei servizi erogati, come evidenziato per esempio dal gran numero di campani che va a curarsi altrove. In Campania, peraltro, c'è anche l'esempio positivo - almeno secondo l'Ispe Sanità - dell'Asl di Salerno che addirittura «paga in anticipo le fatture, anche quelle non scadute dei propri fornitori colpiti dal sisma in Emilia Romagna» e ha avviato i «weekend operatori per ridurre le liste d'attesa».

La tentazione sarebbe quindi quella di tagliare i trasferimenti pubblici al sistema sanitario nazionale tuttavia, come peraltro ritiene il 61% dei cittadini, i le manovre finanziarie più che incidere sugli sprechi «tagliano i servizi e riducono la qualità». La spesa infatti, già dal 2010, ha iniziato a diminuire (da 100,3 miliardi del 2009 a 100,1 miliardi di euro del 2010), delineando un trend che si è andato rafforzando nel 2012 con un -1,8% di spesa rispetto al 2011. Il dato emerge dal Rapporto Osservasalute 2013.

Per il nostro Ssn, ha sottolineato Walter Ricciardi, direttore dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane ma anche componente del comitato etico di Ispe-Sanità, «spendiamo il 30% in meno rispetto alla Francia ed il 40% in meno rispetto alla Germania». La prima conseguenza di ciò è il peggioramento dei servizi: «In molte Regioni - rileva l'esperto - non si assicurano più i farmaci o l'assistenza ad anziani e disabili e ci sono forti differenze sul territorio, tanto che per ogni

cittadino assistito gratuitamente al Sud, ve ne sono dieci cui l'assistenza è assicurata nelle regioni del Nord. Il taglio dei fondi dunque - rileva - rischia di rendere ancora più marcate tali disuguaglianze territoriali, mentre l'Italia già oggi risulta essere il Paese più diseguale in Europa quanto ai servizi sul territorio».

In Campania le disuguaglianze, evidenziate dal rapporto Osservasalute, assumono aspetti drammatici. Il numero che ne rappresenta la sintesi è la speranza di vita, di quasi tre anni inferiore al top nazionale. Incidono anche stili di vita: la Campania è la regione nella quale si fuma di più (ma in

compenso si beve meno), si pratica poco sport ed è il territorio con più persone sovrappeso, anche tra i bambini di 8-9 anni (il 21,5% contro il 10,6% medio nazionale). Ma incidono negativamente fattori come i tumori, soprattutto per le donne, con un dato particolarmente preoccupante: mentre infatti la riduzione della mortalità da tumori per le donne italiane ha portato in media 31 giorni di vita in più, in Campania si va in direzione opposta con una riduzione di 9 giorni. E pesa la qualità del sistema sanitario, sintetizzato dalla percentuale di interventi su anziani per la rottura del femore che si realizzano entro 48 ore (prima cioè che sorgano complicazioni): la quota è del 16,9% contro il 44,7% nazionale. Eccessivo anche il consumo di farmaci dei campani con 1.037 dosi giornaliere per 1.000 abitanti contro i 985 dello standard italiano, ma con una eccezione positiva: il ricorso agli antidepressivi è il più basso d'Italia con 29,1 dosi giornaliere per 1.000 abitanti contro un consumo medio di 36,8. Viviamo tra mille difficoltà, insomma, ma non perdiamo la salute mentale.

Donne
La mortalità
per tumori
si riduce
in Italia
ma cresce
nella
Campania

Nuove nomine, Caldoro cerca il direttore generale dell'Arsan

NAPOLI- Nuove nomine in arrivo. La giunta Regionale della Campania deve acquisire le candidature di coloro che, essendo inseriti nell'elenco degli idonei alla nomina di direttore generale di aziende sanitarie ed in possesso dei requisiti previsti dalla legge, siano interessati a ricoprire l'incarico di Direttore Generale dell'Arsan. L'incarico sarà conferito con provvedimento del presidente **Stefano Caldoro** e sarà seguito dalla sottoscrizione di un contratto di tre anni.

Sanità. Riduzione del Fondo da 868 milioni per il 2014 e 1,508 miliardi dal 2015

«Manovra» anche per asl e ospedali

Roberto Turno

Tagli alla spesa farmaceutica, ai posti letto e ai piccoli ospedali. Sforbiciata alle buste paga dei dirigenti medici e non, ma quelli più ricchi, chissà se ai manager delle asl. Beni e servizi sotto tiro. Il Governo è pronto a calare una scure da 868 milioni quest'anno e da 1,508 miliardi nel 2015-2016 sulla spesa sanitaria, riducendo il Fondo ma tenendo conto delle regioni con i fondamentali in regola. E lasciando i governatori liberi di tagliare in altro modo: basta che arrivino risparmi di pari valore.

Eccola la manovra sui conti di asl e ospedali che emerge dalla bozza del decreto che arriverà domani a palazzo Chigi. Oggetto di una trattativa all'ultimo respiro, la nuova stangata al Ssn è contenuta in un solo articolo (il 5), ma anche in altri punti del decreto, a cominciare dalle regole che possono valere per l'acqui-

sto di beni e servizi. E per il taglio agli stipendi dei medici (anche convenzionati) oltre i 240mila euro percepiti dal capofamiglia dello Stato, ma con limiti differenziati tutti da definire: nel calcolo dei redditi entreranno anche tutte le indennità e somme comunque incassate, inclusi gli incarichi occasionali, si presume pure l'attività intramoenia.

Il capitolo farmaci è la new entry del momento. Si parte dalle gare («procedura selettiva a evidenza pubblica») che l'Aifa dovrà lanciare per selezionare tra farmaci generici uguali i tre che costano meno: lo Stato rimborserà solo i

TETTO AGLI STIPENDI

Sforbiciata alle buste paga dei dirigenti medici (e non) sopra i 240mila euro. Farmaci, gare tra «generici» e riduzione del budget

medicinali che costano meno, sugli altri l'assistito pagherà la differenza di prezzo. Evidente l'intenzione di indurre le imprese ad abbassare i listini, e dunque far risparmiare il Ssn. Altra novità: l'individuazione di categorie terapeutiche omogenee sovrapponibili per risultati: in questo caso le regioni potrebbero scegliere con altre gare i farmaci che costano meno. Risultato del tutto: si abbassano i tetti della farmaceutica. La territoriale (canale farmacia) passerà dall'11,35% all'11,25 già quest'anno poi all'11,20 nel 2015; il tetto dell'ospedalità scenderà invece dall'attuale 3,5% al 3,4 e poi nel 2015 al 3,35%.

Altro taglio: le tariffe, dunque i volumi di attività, delle convenzioni per la specialistica e l'ospedalità privata. Il taglio sale dal 2 al 3,5% quest'anno e poi compare anche la riduzione del 4% per il prossimo anno.

Un risparmio preciso sul tota-

le viene indicato solo per i prezzi di riferimento (relativi a lavori, servizi e forniture) e per i nuovi standard degli ospedali: in tutto si indicano 200 milioni quest'anno e 500 nel 2015. Sugli ospedali (oggetto di accordo col «Patto salute») vale ricordare che si tratta di interventi che riguardano il taglio dei posti letto e l'addio (sarebbero 190) alle strutture private con meno di 60 posti.

Le regioni potranno scegliere altre misure, purché risparmiino. Ma nel riparto del nuovo Fondo, potranno «in autocoordinamento» indicare modalità (da sancire a fine maggio d'intesa col Governo, e a fine settembre per il 2015-2016) che tengano conto del rispetto dei tempi di rimborso ai fornitori (ma l'Economia è scettica) e degli acquisti centralizzati già in corso. Altrimenti si ragionerà in base a costi e fabbisogni standard.

Studi e Analisi

Sistema sanitario. I bilanci delle Asl sono migliorati, ma sono diminuiti i servizi e il personale



Anche per questo sono tanti, e in leggero aumento, i cosiddetti viaggi della speranza. Ecco il quadro del Ssn nel Rapporto Osservasalute 2013.

Leggera flessione della spesa sanitaria in rapporto al PIL - La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL a livello nazionale, pur denunciando una crescita dal 2005 al 2012 ad un tasso medio annuo dello 0,77%, manifesta una flessione a partire dal 2009 passando dal 7,22% al 7,04%. Questo andamento è in linea con gran parte dei Paesi OCSE, dove la crescita della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL si è rallentata a partire dal 2009 e il tasso medio annuo composto si posiziona sotto l'1,0%

nel periodo 2005-2011.

Negli anni 2009-2010-2011 il valore italiano è allineato alla media dei Paesi OCSE, anche se inferiore a quelli di altri Paesi come UK, Germania, Francia e USA di circa 1,5 punti percentuali. A livello regionale, il trend 2005-2012 registra un tasso medio annuo della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL positivo per la maggior parte delle regioni, con l'eccezione di 6 di esse che presentano, invece, una leggera flessione: Abruzzo (-1,18%), PA di Bolzano (-1,18%), Molise (-1,00%), Liguria (-0,50%), Campania (-0,26%) e Lazio (-0,11%). A partire dal 2010 si registra, anno dopo anno, una contrazione della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL che interessa 7 regioni nel 2010, si estende a tutte, eccetto la PA Trento, nel 2011 e ne coinvolge 8 nel 2012.

La situazione vede, in tutti gli anni 2010-2012, un gradiente Nord-Sud ed Isole: le regioni meridionali si presentano con valori superiori all'8% circa e sempre maggiori del dato nazionale, mentre le regioni settentrionali spendono meno del 7,5% circa. L'incidenza minima si ha sempre in Lombardia e la massima in Campania con un divario che si riduce leggermente negli anni passando da 5,36 nel 2010 a 4,84 nel 2012.

Le risorse per i LEA non sono uguali in tutte le regioni - La spesa corrente pubblica sul PIL, dunque, si presenta ancora molto variegata fra le regioni con un netto gradiente Nord-Sud ed Isole. "È una situazione che si registra da anni - rileva il professor Ricciardi - come risulta dalle precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute, e non accenna a modificare l'andamento. e testimonia che alcune regioni hanno maggiori risorse di altre per garantire i LEA ai loro cittadini". Al fine di omogeneizzare le risorse e renderle più rispondenti alle condizioni di salute della popolazione, sarebbe auspicabile che si procedesse ad un'analisi integrata dei diversi indicatori disponibili al fine di tarare meglio i criteri di ripartizione delle risorse basandoli sulle reali condizioni di salute della popolazione, continua il professor Ricciardi. Al tempo stesso, sarebbe opportuno che le regioni adottassero tecniche di programmazione delle attività sanitarie e delle correlate risorse (strumentazioni, personale e altri beni) in modo da evitare inutili duplicazioni o situazioni di carenze strutturali che conducono ad una lievitazione della spesa.

I bilanci delle Asl sono migliorati - L'analisi di alcuni indicatori calcolati utilizzando i dati dei bilanci della Asl (che nel Rapporto sono analizzate come aggregati provinciali, ovvero come la

somma di tutte le Asl dislocate in ciascuna provincia) evidenzia che si sono ridotti di molto gli aggregati provinciali con deficit molto elevati (ossia deficit superiori al 5% dei proventi): sono solo 12 aggregati nel biennio 2011-2012, contro i 52 del triennio 2002-2004. Si evidenzia inoltre che gli aggregati provinciali con forti deficit non sono concentrati dal punto di vista geografico (al massimo sono due per regione, in contrapposizione al triennio 2002-2004, in cui ben sette regioni si caratterizzavano per la presenza di perdite elevate in tutti gli aggregati provinciali). L'esame contabile presentato nel Rapporto dice che il finanziamento pro capite dal fondo sanitario regionale è più basso per le Aziende con bilancio in deficit (nel biennio 2011-2012 si attesta, in media, tra 1.647 euro e 1.752 euro pro capite per le aziende in avanzo di bilancio, mentre per quelle in deficit tra i 1.551 e i 1.672), così come la loro capacità di reperire finanziamenti aggiuntivi (tra 48 e 51 euro pro capite per le aziende con bilanci in attivo e tra 39 e 43 per quelle in deficit). I risultati positivi riscontrati negli ultimi anni nei bilanci non devono, però, far dimenticare che il contenimento della spesa dovrebbe incidere su situazioni di inefficienza e inappropriatazza, quindi salvaguardare gli attuali livelli di servizio. Tuttavia, in molti casi, risparmio e razionalizzazione sono stati perseguiti tramite "tagli lineari" sul finanziamento, nella speranza di indurre le aziende a "fare lo stesso con meno", senza introdurre le opportune innovazioni di prodotto (il mix di servizi offerti) e di processo (le modalità di produzione ed erogazione dei servizi).

Il personale sanitario è donna e in là con gli anni - A livello nazionale nel 2011 il personale dipendente del SSN è composto, prevalentemente (75,5%) da persone di 40-59 anni. I dati mostrano che è più elevata la quota di personale di età maggiore o uguale a 60 anni (5,0%) rispetto a quella di età minore di 30 anni (3,0%). A livello regionale, su quest'ultimo aspetto, si registra un marcato divario Nord-Sud ed Isole: infatti, nel Nord è più elevata la percentuale di personale di età minore di 30 anni (in particolare, in Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna), mentre nel Centro-Sud ed Isole prevale la componente di personale di età maggiore di 60 anni (in particolare, nel Lazio, in Campania e in Sicilia).

L'analisi mostra anche che le donne rappresentano il 64,7% del personale dipendente, mentre gli uomini il 35,3% (dati Conto Annuale, Ragioneria Generale dello Stato). Per quanto riguarda il personale di età <50 anni, le donne sono più numerose degli uomini in tutte le regioni; si osserva la stessa statistica per la fascia 50-59 anni in tutte le regioni tranne che per la Campania, la Calabria e la Sicilia.

Sostanzialmente l'organico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha subito una contrazione, come evidenziato dal rapporto tra personale pensionato e nuovi assunti (compensazione del turnover) che è sempre inferiore a 100 dal 2008 al 2011 (97,2 96,8 81,9 78,2). Analizzando il trend tra il 2008 e il 2011 si evince che il tasso di compensazione si è costantemente ridotto nel periodo considerato, arrivando a segnare 78,2 punti percentuali nel 2011.

Ancora tanti, e in leggero aumento, i "viaggi per la salute"; soprattutto da Sud a Nord - Il Rapporto analizza quest'anno la mobilità ospedaliera, ovvero gli spostamenti interregionali dei pazienti per sottoporsi a cure e interventi chirurgici che richiedono un ricovero. Il fenomeno della mobilità ospedaliera di una regione esprime la capacità di attrarre pazienti che risiedono in altre regioni. In tal caso si parla di mobilità attiva, mentre si parla di mobilità passiva quando la tendenza dei pazienti è di emigrare fuori regione.

La mobilità dei ricoveri per acuti in regime di Ricovero Ordinario (RO) risulta in leggera crescita: era il 6,9% dei ricoveri (delle dimissioni per acuti in RO) nel 2002, il 7,4% nel 2007 e il 7,5% nel 2012.

Invece se guardiamo al numero dei ricoveri fuori regione in valore assoluto, complessivamente si osserva un trend decrescente: si passa da 606.192 dimissioni in mobilità nel 2002 a 575.678 nel 2007 e 505.675 nel 2012. ma i valori assoluti diminuiscono perché diminuiscono negli anni i ricoveri nel loro complesso e non, quindi, perché si riducono i viaggi della salute. Tutte le regioni meridionali e insulari presentano un saldo negativo dei ricoveri in mobilità, ossia si rileva un'eccedenza delle emigrazioni, con la sola eccezione del Molise. Tra queste, nel 2012, spicca il saldo negativo della Campania. Anche tra le regioni del Nord ci sono quelle con saldo negativo come Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e PA di Trento. Consistenti saldi positivi si rilevano per Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana.

Studi e Analisi

Il dibattito: "Indicatori sanitari positivi, ma è allarmante la diseguaglianza territoriale"

“La sfida principale del rapporto è trasferire le informazioni dai decisori ai cittadini”, ha esordito **Walter Ricciardi**, direttore dell’Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, nella conferenza stampa di presentazione del documento. Un primo dato di rilievo e interesse “evidenzia un paradosso tutto italiano: possiamo vantare indicatori sanitari elevatissimi, nonostante profili organizzativi non sempre all’avanguardia”. L’Italia si caratterizza per “un’aspettativa di vita altissima, soprattutto grazie alla notevole attività di prevenzione e all’importanza della diagnosi precoce”.

La nota dolente è invece legata “all’enorme diseguaglianza territoriale che genera mastodontiche sproporzioni nell’erogazione delle prestazioni. E, di recente, si è affermato un altro pericoloso trend, cioè la forte emigrazione di massa dei nostri medici”. Non mancano poi rischi in chiave futura, “poiché la percentuale di bambini sovrappeso è la più alta in Europa – ha aggiunto Ricciardi – Questo è dovuto allo scarsissimo consumo di frutta e verdura e al record negativo per quanto concerne la mole di attività fisica. Altra criticità in aumento è l’assistenza ai disabili, che in alcune regioni si è praticamente azzerata”.

A livello finanziario, “nel 2011 e nel 2012 abbiamo registrato una drastica riduzione della spesa sanitaria pubblica – ha osservato **Alessandro Solipaca**, segretario scientifico dell’Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane – In molti casi questa mancanza è stata colmata con l’aumento dell’erogazione della spesa sanitaria privata. Da sottolineare poi, tra gli elementi positivi, la diminuzione della mortalità per tumori e malattie cardiovascolari, grazie soprattutto al forte grado di innovazione tecnologica”. A gravare sul nostro Ssn “c’è invece un’allocazione dei finanziamenti assolutamente diseguale, che penalizza maledettamente il Sud e si riverbera anche sugli stili di vita”.

Un problema scandagliato con particolare attenzione dal rapporto è quello legato all’abuso di alcol. “L’impatto sociale e in termini di costi è drammatico – ha evidenziato **Emanuele Scafato**, direttore Osservatorio nazionale alcol dell’Istituto superiore di sanità – Nel complesso i consumatori a rischio sono diminuiti, ma l’esposizione si è polarizzata radicalmente e riguarda in maniera allarmante i giovani e gli over 65 che si configurano come categorie più deboli che in passato”. Ma il problema non è soltanto sanitario, poiché interessa fortemente l’impianto culturale. “Le politiche di prevenzione sono spesso imbrigliate da logiche di mercato e da modelli invasivi, poiché il peso del fattore commerciale è sempre più dirimente”.

Lavoro e Professioni

Logopedia: "Laurea quinquennale per essere al passo con l'Europa". Lorenzin: "L'obiettivo comune è avere professionisti di qualità"

La laurea triennale non basta più. È questa la richiesta della Federazione dei logopedisti Italiani arrivata nel corso del convegno "NetQues: la rete e lo spazio europeo della formazione del Logopedista. Quali apprendimenti e competenze per la protezione dei Cittadini?" organizzato al Ministero della Salute.



La laurea triennale abilitante in logopedia non basta più occorre portarla a cinque anni in linea con le esperienze realizzate nel maggior parte dei paesi d'Europa. Francia in primis.

È questa la richiesta della Federazione dei Logopedisti Italiani (www.fli.it) che si sono confrontati oggi con i rappresentanti delle associazioni francesi nel corso di un convegno oggi a Roma al ministero della Salute. Stella polare del confronto, il progetto europeo – [NetQues](#) (Network per l'ottimizzazione standard e la qualità dei programmi educativi in

Logopedia in tutta Europa).

NetQues è un progetto europeo - frutto di tre anni di lavoro al quale hanno collaborato le Università Tor Vergata di Roma e quella di Torino con i rispettivi Corsi di Laurea di logopedia - sovvenzionato dalla Commissione Europea all'interno del programma Long Life Learning per uno spazio comunitario governato dalla qualità della Formazione, che coinvolge 65 partner in rappresentanza di tutti e 27 gli Stati membri dell'Ue, più il Liechtenstein, la Norvegia e anche quelli candidati all'adesione all'UE: Islanda e Turchia.

E i risultati del progetto hanno confermato l'importanza dell'innalzamento del percorso di formazione per approfondire competenze avanzate per poter tutelare la sicurezza delle cure in ambiti complessi. "La logopedia – NetQues – spiega **Tiziana Rossetto**, presidente FLI – è una professione strategica per i cittadini e la società, ha un ruolo chiave nella riabilitazione della parola, della comunicazione e delle funzioni orali. Il nostro non è un progetto ambizioso, è solo una richiesta basata sulla quotidianità della professione e sull'esperienza". Dopo aver conseguito la laurea, infatti, i logopedisti proseguono gli studi con decine di corsi di perfezionamento e convegni (con una percentuale di frequenza Ecm superiore rispetto alle altre professioni sanitarie) e con i gruppi di interesse in rete. Il corso di laurea triennale non è quindi più sufficiente per accedere a tutti gli apprendimenti oggi necessari per praticare efficacemente la professione logopedia soprattutto se si considera che nella maggioranza dei Paesi europei logopedista ha una formazione di base di 4 o 5 anni.

E l'importanza della logopedia è stata riconosciuta anche dal Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** che nel suo intervento inviato al convegno ha sottolineato che in Italia la logopedia sia una risorsa fondamentale. “Purtroppo non si presenta in Europa con caratteristiche uniformi – ha affermato Lorenzin – cercare di paragonare le diverse qualifiche in essere, definendo le competenze dei professionisti che operano nella UE, rappresenta quindi un modo utile per provare a superarne alcuni limiti, con lo scopo finale di garantire una maggiore sicurezza per i pazienti. Il progetto NetQues – continua il ministro – nasce proprio dall'esigenza di garantire che tutti i cittadini, sia italiani che europei, possano ricevere da professionisti competenti trattamenti logopedici di elevata qualità, efficaci, appropriati ed efficienti”.

L'esperienza francese. “Il progetto europeo NetQues – ha aggiunto la presidente FLI – ha convalidato l'ipotesi che le competenze necessarie alla professione del logopedista, come percepito da stakeholders, datori di lavoro, amministratori, studenti e professionisti, sono ad un livello di autonomia e responsabilità proprio del laureato magistrale. Ci è parsa, dunque, molto interessante l'esperienza della Francia, dove dal 2013 la formazione universitaria di base del logopedista è di durata quinquennale”.

Dall'anno accademico in corso, infatti, gli studenti iscritti al corso di laurea in Logopedia in Francia dovranno completare il percorso quinquennale per poter accedere alla professione, avendo così modo di effettuare gli approfondimenti su tutto l'ampio raggio degli apprendimenti di base, necessari ad un esercizio professionale informato e corretto. La FLI reputa questo percorso necessario anche in Italia, auspicabile per tutte le professioni sanitarie che agiscono nella complessità. “Per il momento – conclude Tiziana Rossetto – anche la categoria dei fisioterapisti ha dimostrato l'interesse a sviluppare il progetto del percorso quinquennale. Altre professioni potrebbero nel tempo maturare un analogo interesse, permettendo così un'evoluzione del sistema sanitario italiano”.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



L'innovazione

Monaldi, neurostimolatori per battere il dolore

Il Monaldi è la prima struttura italiana e tra le poche in Europa dove si eseguono interventi di impianto di un nuovo sistema all'avanguardia per il trattamento del dolore neuropatico cronico. Il dottor Alfonso Papa, responsabile dell'unità operativa di terapia antalgica ha illustrato ieri mattina, all'Hotel Mediterraneo, il funzionamento del congegno. Poi ha preso la parola Giovanna Montesarchio, una delle donne a cui è stato

impiantato il neurostimolatore che ha raccontato la propria esperienza. «Sono tornata a vivere. Dopo tante operazioni e dosi eccessive di farmaci antinfiammatori finalmente, con l'impianto del neurostimolatore, il dolore è passato». Al Monaldi sono stati eseguiti già 14 interventi. Il piccolo stimolatore, della grandezza di una scatola di fiammiferi, invia impulsi elettrici a una struttura anatomica all'interno del midollo spinale. «Si tratta - ha detto Papa - di un importante

passo in avanti nel trattamento del dolore cronico. Gli impulsi elettrici interferiscono con il ganglio che è sostanzialmente un centro che elabora i segnali nervosi diretti al cervello e, grazie a questa innovativa stimolazione elettrica, il dolore viene rimodulato e bloccato efficacemente». Presenti in sala Noher Boninsegni di St. Jude Medical, che commercializza il neurostimolatore.

m.i.p.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TRA LE POCHE AD UTILIZZARE IL NEUROSTIMOLATORE HI-TECH, AGISCE SUL MIDOLLO SPINALE

Terapia del dolore, Monaldi prima struttura in Italia

NAPOLI. La tecnologia al servizio della salute. Napoli centro di eccellenza per la terapia del dolore con trattamenti all'avanguardia. L'ospedale Monaldi, che rientra con il Cotugno ed il Cto nell'azienda ospedaliera dei Colli, è la prima struttura italiana e tra le poche in Europa, dove si eseguono interventi di impianto di un nuovo sistema all'avanguardia per il trattamento del dolore neuropatico cronico. Ieri all'hotel Mediterraneo la presentazione dei risultati da parte del dottor Alfonso Papa, responsabile dell'unità operativa di Terapia Antalgica e di Noher Boninsegni di St. Jude Medical, multinazionale che commercializza questo nuovo neurostimolatore, unico sistema approvato al mondo per la stimolazione del ganglio denominato Axiom Spinal Cord Stimulation e Giovanna Montesarchio, una delle pazienti a cui è stato impiantato il neurostimolatore. «Sono tornata a vivere - ha detto la donna - Ho avuto un trauma alla nascita

poi di qui una serie di problemi, tante operazioni e tanti farmaci antinfiammatori assunti prima di sottopormi a questo intervento. Ora mi sento bene. Posso dire di essere tornata a vivere, a credere nel futuro grazie al sostegno del dottor Papa e degli altri medici che mi hanno aiutato». Al Monaldi sono stati eseguiti dal dottor Papa già 14 interventi in cui ad ogni paziente è stato impiantato questo piccolo stimolatore che invia impulsi elettrici ad una struttura anatomica all'interno del midollo spinale, chiamata ganglio della radice dorsale. «È la prima forma di stimolazione del midollo che raggiunge precisamente il nodulo di nervi presenti al suo interno stimolando le aree tipicamente difficili da trattare in maniera mirata. Inoltre, questo trattamento offre diversi importanti vantaggi: diminuiscono gli effetti collaterali e le complicanze e di conseguenza la necessità di ulteriori interventi chirurgici», spiega Papa.

Sorrento

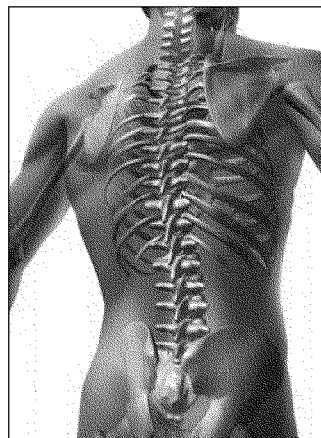
Scienze motorie, summit a Napoli con il posturologo Fabio Siniscalchi

Sorrento. Un focus sulle scienze motorie. Un confronto sulle opportunità per il futuro a chi sceglie di intraprendere questa strada. Torna «Bridge the Gap».

Il convegno si terrà - a partire da domattina - al dipartimento di scienze motorie dell'Università «Parthenope» di Napoli. Fra i relatori anche Fabio Siniscalchi, esperto di posturologia di Sorrento. Obiettivo del progetto è offrire piena coscienza e consapevolezza dei campi di applicazione per cui il laureato in scienze motorie getta le basi del proprio profilo professionale. «Quest'anno - fanno sapere gli organizzatori - riprendiamo con l'intento di sviscerare ad una ad una le singole figure professionali, nell'intento di dare maggiori.

Oltre a Siniscalchi, a «Bridge the Gap» interverranno anche il trainer metabolico Cristina De Fazio, il personal trainer professionista Ciro Rota, il preparatore atletico professionista di squadre di serie A Luigi Maione. Non finisce qui.

Relazioni su scienze motorie nel mondo del fitness e le differenze tra un laureato in scienze motorie e un tecnico federale Coni affidate a Max Bruno e Marco Berlangieri.



Il caso

Conti in rosso all'Asl Bortoletti all'attacco

«Persi 500 euro al minuto»
Squillante replica
«Ho azzerato io il debito»

Simona Paolillo

Dal rapporto Ispe-Sanità e Transparency International emerge che la "mal amministrazione" pesa nelle casse del servizio sanitario. Magliana nera all'Asl Salerno che è arrivata a perdere 500 euro al minuto, cioè oltre 700 mila euro al giorno. A testimoniare, a Roma durante la presentazione, c'era l'ex commissario straordinario dell'Asl Salerno, Maurizio Bortoletti, che ha vantato la sua "missione" nel Salernitano. In realtà il colonnello dei carabinieri, che oggi si candida tra le fila di Fratelli di Italia, alle elezioni europee nell'area Nord Est, ha sì realizzato un'opera di rinnovamento della gestione dell'azienda sanitaria locale ma non ha certamente risolto tutti i problemi. Lo ammette, a detti stretti, anch'è l'attuale manager Antonio Squillante: «Con Bortoletti il debito si è ridotto di 50 milioni di euro e prima di lui era di 250 milioni di euro ma siamo noi che abbiamo raggiunto il pareggio di bilancio». Ed è l'attuale management che ha ridotto il debito pregresso da 1,5 miliardi di euro a 400 milioni. Senza considerare che Bortoletti ha lavorato con in regime di impignorabilità dei beni della sanità a differenza di Squillante che oltre

a risolvere il problema dei contenziosi con l'azienda ha subito anche i tagli delle rimesse regionali. Probabilmente il commissario ha programmato ma chi ha risolto i problemi e concretizzato il cambiamento è stato Squillante. Lo ammettono, tra le righe, anche dall'Ispe-Sanità ponendo una seria riflessione «come è stato possibile - si chiedono gli esperti - che per anni nel caso salernitano (fino ad aver accumulato oltre 1,5 miliardi di perdite iscritte a bilancio, con migliaia di ricorsi contro l'Asl, mesi e mesi di ritardo nei pagamenti che crescevano di trimestre in trimestre) nessuno sia intervenuto per chiudere i rubinetti?».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il personaggio

L'ex commissario ricorda la sua missione e si candida alle Europee

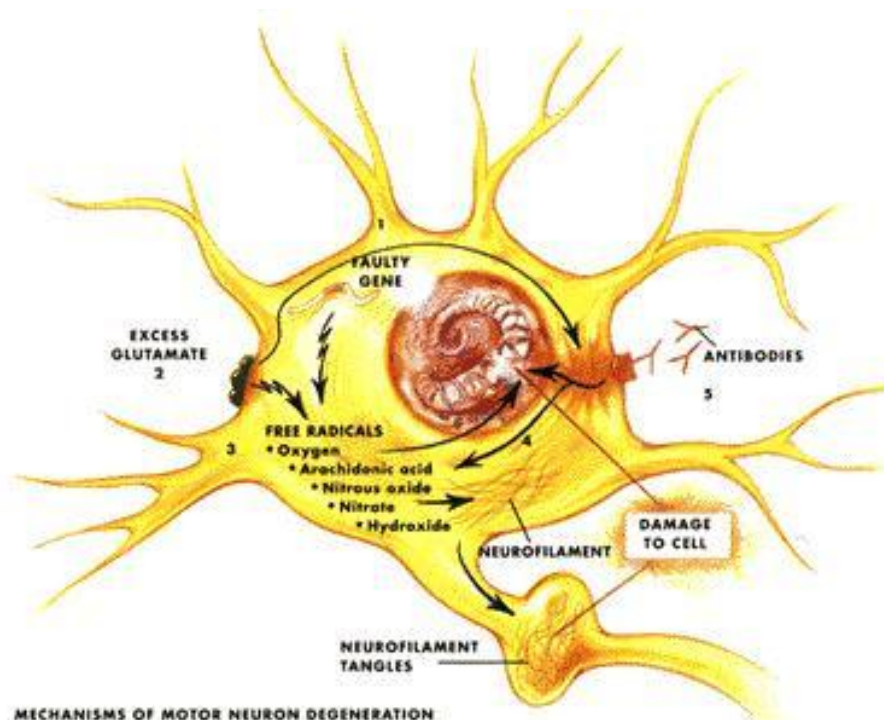


Colonnello Bortoletti
fu commissario dell'Asl



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Scienza e Farmaci

Autismo. Scoperte nuove interazioni tra geni. I ricercatori: "Uno sguardo senza precedenti su come i geni sono connessi"

Una mappatura del network di proteine e fattori di rischio genetico per l'autismo, che include varianti di splicing alternativo, raddoppiando il numero di interazioni finora conosciute. La 'collezione' arriva a circa 400 di queste varianti. Tali interazioni saranno registrate nel National Database of Autism Research. Lo [studio](#) su Nature Communications



Le proteine coinvolte nel disturbo interagiscono con un numero di altre proteine molto maggiore di quello che si pensava finora: così un nuovo aspetto legato all'autismo è stato scoperto oggi dall'Università della California (UC) San Diego Health Science, del Center for Cancer Systems Biology (CCSB) a Boston, insieme ad altri Centri. Lo [studio](#) è pubblicato su *Nature Communications*.

Gli scienziati hanno isolato centinaia di nuove varianti di geni legati all'autismo ed hanno effettuato un'analisi delle proteine corrispondenti a tali geni, per identificare le interazioni con i loro partner, cioè con le altre proteine. Il risultato? Un network genetico molto vasto rispetto alla diffusione di connessioni genetiche.

“Aggiungendo al network le forme di *splicing* (letteralmente ‘montaggio’ – si tratta di un particolare processo coinvolto nella formazione dell'RNA maturo) appena scoperte di geni legati all'autismo, il numero totale di interazioni è raddoppiato”, ha spiegato **Lilia Iakoucheva**, PhD, Assistant Professor presso il Dipartimento di Psichiatria della UC San Diego. In alcuni casi, tali varianti hanno interagito con una serie completamente diversa di proteine. “Da questa rete osserviamo che le diverse forme della stessa proteina potrebbero alterare il collegamento dell'intero sistema”.

“Questa è la prima rete di interazione delle dimensioni del proteoma (insieme delle proteine dell'organismo) che include varianti di splicing alternativo”, ha osservato il Dottor **Marc Vidal**, direttore del Center for Cancer Systems Biology (CCSB) a Boston e co-investigatore dello studio. “Il fatto che varianti proteiche producano modelli di interazione così diversi è emozionante e piuttosto inaspettato”.

Gli scienziati hanno dimostrato che una classe di mutazioni genetiche coinvolte nell'autismo, chiamate Copy Number Variations (CNVs – Variazioni del Numero di Copie) coinvolgono geni che sono strettamente collegati tra loro in maniera diretta oppure indiretta attraverso un partner comune.

Questo aspetto “suggerisce che le vie biologiche condivise possono essere interrotte in pazienti con differenti mutazioni autismo” ha sottolineato il co-primo autore **Guan Ning Lin**, nel laboratorio di Iakoucheva.

Dunque, la rete di proteine coinvolte risulta ora più vasta e questa scoperta rappresenta una nuova risorsa scientifica per studi futuri sull'autismo, secondo Iakoucheva. “Ad esempio, ha affermato la ricercatrice, questa rete fornisce una collezione di oltre 400 varianti di splicing di geni candidati per l'autismo, che potrebbe essere utilizzata da altri ricercatori, interessati a studiare una specifica variante proteica. Alcuni dei partner proteici con una stretta connessione al network potrebbero anche rappresentare potenziali bersagli farmacologici, sottolineano i ricercatori”. Tutti i dati relativi a tali interazioni verranno inseriti nel National Database of Autism Research.

“Possiamo cominciare a studiare in che modo le mutazioni recentemente scoperte nei pazienti possono interrompere questa rete”, ha concluso Iakoucheva. “Questo è un compito importante, perché il meccanismo con cui le proteine mutate contribuiscono all'autismo è tuttora sconosciuto nel 99,9% dei casi”.