



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



«La scure sulle prestazioni fa crescere l'emigrazione sanitaria»

La protesta

**I laboratori sulle barricate
«Si penalizza chi eroga
e non chi ordina le analisi»**

Tetti di spesa esauriti, budget agli sgoccioli, volumi di prestazioni annui all'orlo della capienza: le associazioni di categoria dei centri convenzionati serrano le file e fanno fronte comune. «A fronte di un fondo sanitario regionale annuo lievitato a oltre 10 miliardi di euro chiediamo la garanzia dell'assistenza per pazienti cronici bisognosi di cure - avverte Vincenzo D'Anna presidente di Federlab Italia e senatore del Pdl - pazienti per i quali non sarebbero agibili le liste di attesa dei centri pubblici e che alimenterebbero la migrazione verso le Asl di altre province o verso le regioni limitrofe, dal Lazio alla Basilicata. Si tenga presente - aggiunge il senatore - che costiamo il 17 per cento del fondo sanitario assicurando il 60 per cento delle prestazioni e si fa un raffronto con le regioni del Nord è vero che qui abbiamo molti più laboratori ma il numero di analisi procapite è di 15,24, tra i più bassi del Paese per 718 strutture accreditate e 105 pubbliche laddove la Lombardia ne conta 2.873 private e 1.362 pubbliche con una media di prestazioni procapite di 19,11 e una media del Paese di 16,75. Anche il Lazio, terza regione per popolazione dopo Lombardia e Campania, a fronte di sole 356 strutture private e 126 pubbliche conta un dato di prestazioni di laboratorio per ciascun assistito di ben 17,78 di gran lunga superiore alla Campania». Tutto ciò per sostenere che a grandi numeri di strutture non corrispondono più prestazioni erogate di altre regioni e che il privato è vittima di un pregiudizio.

D'Anna attacca a testa bassa e punta il dito contro il taglio del 35 per cento delle tariffe di laboratorio e del 15 per cento di quelle di radiologia. «Come se l'eccesso di

spesa - chiosa - dipendesse da chi eroga e non da chi ordina prestazioni». A chi chiede controlli sull'appropriatezza rispondono gli altri presidenti di categoria da Antonio Salvatore (Aisa) a Bruno Accarino del sindacato radiologi: «Se centinaia di centri sanitari per tre mesi lavoreranno in regime unicamente privato - sottolinea - significa che a parità di costi da un lato ci sarà meno assistenza e dall'altro tantissimi lavoratori in camice bianco dovranno andare in cassa integrazione pesando sulle casse pubbliche». La dead-line per eseguire esami in nome e per conto del servizio sanitario regionale è fissata in questo caso al 27 settembre, il 16 ottobre per la medicina nucleare. Un paradosso anche quello dei centri antidiabete per far funzionare i quali a Napoli 1 basterebbero, secondo Luigi Gesùé del sindacato di categoria «appena 100 mila euro su un costo annuo totale di 8 mln». Più articolata la posizione di Gianni Severino (Confindustria Sanità) e Bruno Piza (Anpric) che puntano il dito sulla scure calata sul settore della riabilitazione a metà agosto con un taglio netto delle tariffe retroattivo al 1° gennaio di quest'anno dell'11 per cento.

Il guanto di sfida ai conti delle Asl è stato lanciato sin da luglio anche da parte dell'Aspat: «La nostra proposta di rimodulazione della spesa - spiega il presidente Polizzi - per la continuità assistenziale è rimasta inascoltata. Non abbiamo firmato i contratti e ci troviamo a dover riservare il 5 per cento del budget alle attività di dicembre quando a settembre già non c'è più capienza. L'impegno della Regione e del sub commissario Morlacco sottoscritto nero su bianco nel 2013 era garantire il reinvestimento delle risorse risparmiate dalla spending review di questi anni nel settore convenzionato che non sconta più i 300 milioni annui di diseconomie per spese legali e moratorie».

e.m.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I rischi
«Attività
ridotta
da ottobre
a dicembre
rischio
cassa
integrazione»

«Deficit azzerato tagliando i servizi, restano gli sprechi»

■ Attacco frontale di D'Anna a Stefano Caldoro: «Ha mantenuto in vita il sistema di Bassolino»

DANIELE DI MARTINO
Napoli (dall'inviato)

«E' vero, Caldoro ha azzerato il debito. Ma sono stati dimezzati i servizi, mentre gli sprechi sono rimasti gli stessi». La bocciatura è netta. Parola di Vincenzo D'Anna, senatore di Forza Italia e presidente di FederLab. L'esponente un tempo vicino a Nicola Cosentino svela l'arcano dell'azzeramento del deficit sanitario, ereditato dalla giunta Bassolino: «Caldoro si vanta di questo risultato, non c'è da stare allegri. I servizi sono sempre più scadenti, gli sprechi sono rimasti gli stessi. O meglio, il sistema è sempre lo stesso. Nei posti di comando ci sono ancora i dirigenti chiamati da Bassolino. L'unica differenza è che Caldoro non ha fatto debiti». Almeno questo.

E poi «non ha avuto il coraggio di riorganizzare tutto il sistema della sanità, non ha rotto gli equilibri precedenti» secondo il senatore forzista. Un attacco frontale, a cui partecipano anche i presidenti delle associazioni di categoria della sanità privata: «Caldoro ha ricevuto in pieno appoggio dalle associazioni alle elezioni del 2010 - prosegue D'Anna, senatore e presidente di FederLab - Ricordo una serie di manifestazioni in campagna elettorale in suo favore, un sostegno che non ci sarà più. E' il sesto anno che facciamo questa conferenza stampa annunciando lo stop delle prestazioni gratuite. I tetti di spesa non sono

mai stati modificati, nonostante il deficit, come ripete Caldoro, sia stato azzerato».

Gli sprechi, secondo Vincenzo D'Anna, sarebbero «quegli ospedali tenuti in vita volutamente, ma che dovrebbero essere chiusi». E lancia l'allarme: «Mi assumo tutte le mie responsabilità di quello che dico: tutti gli ospedali della Campania dovrebbero essere chiusi. Nessuno, dico nessuno, ha requisiti minimi secondo la legge. Una vera e propria discriminazione. I centri sanitari privati hanno tutti i permessi, la sanità pubblica può fare quello che gli pare».

Ecco la ricetta del senatore di Forza Italia: «Gli sprechi si tagliano chiudendo gli ospedali tenuti in vita con la forza e pericolosi per la salute dei pazienti. Bisognerebbe chiudere questi nosocomi e investire tutto su dei poli di eccellenza, prendendo ad esempio la sanità privata».

L'amara constatazione di Antonio Salvatore, presidente dell'Aisa, è che «la Campania non riesce a garantire i livelli essenziali», per questo spendiamo «300 milioni di euro per visite extraregione. In

questo modo le Regioni virtuose continueranno ad arricchirsi a discapito della Campania».

«Ora si convochi subito un tavolo d'urgenza» chiede Pier Paolo Polizzi, presidente Aspat, per superare l'impasse che ormai dura da sei anni. Poi l'accusa ai sindacati: «C'è un silenzio assordante da parte delle parti sociali su questo

impediscono alle Regioni di poter stanziare quanto necessario al fabbisogno registrato dalle strutture sanitarie accreditate il problema non si pone. La Regione Campania, mi risulta, ha le risorse che servono ed è pronta in qualsiasi momento. C'è solo da cambiare il comma 14 dell'articolo 4 della legge 135 del 2102 che

■ La proposta: «Chiudere gli ospedali fatiscenti e aprire poli di eccellenza»

tema» denuncia Bruno Accarino. Pronta la replica di Uil e Cgil: «Accuse insensate».

Sulla questione De Siano, invece, interviene a difesa di Caldoro, accusando il governo: «Se il governo interviene e modifica le norme della spending review che

impedisce alle Regioni di sfiorare il tetto stabilito per l'anno precedente e questo può farlo solo Renzi, non certo la Regione o il presidente Caldoro nella sua qualità di Commissario ad acta» spiega il coordinatore regionale campano di Forza Italia.



La guerra dei tagli. Per la sanità partita aperta. Lorenzin: "900 milioni di risparmi nel 2015". Ma resteranno alla sanità o andranno alla manovra? Tutti gli altri possibili tagli del Patto

Lorenzin ha previsto un "recupero di risorse da 900 mln per il prossimo anno". Obiettivo raggiungibile, soltanto se il Patto "sarà implementato in modo serio". Dalle centrali uniche di acquisto alla riorganizzazione degli ospedali, passando per la digitalizzazione: tutte le possibili fonti di risparmio.

“Credo che potremmo già recuperare almeno 900 milioni di risparmi nel prossimo anno”, è la previsione espressa dal ministro **Lorenzin** in questi giorni caratterizzati da botta e risposta sui presunti tagli in sanità. Un obiettivo raggiungibile, però, a condizione che “il Patto sia implementato in modo serio”. E’ proprio da lì che, grazie a un’attenta opera di razionalizzazione e potatura, potrebbero arrivare nuove risorse. Sarà l’esecutivo a valutare come utilizzarle, lasciandole all’interno del comparto oppure inserendole all’interno del complessivo processo di spending review su cui sta lavorando il premier Matteo Renzi.

Un importante vettore di risparmio per il Patto sarà costituito dalla creazione di **centrali uniche di acquisto su base regionale**, che saranno coordinate da un unico network informativo, come previsto dall’articolo 24. Le Regioni dovranno inoltre attivare un osservatorio sui consumi in modo da fornire alle centrali dati comparabili, evitando così che per uno stesso dispositivo medico ci siano variazioni di spesa tra i vari territori che arrivano fino al 500%. Sarà poi l’Health technology assessment (articoli 26 e 27) a garantire un’azione coordinata dei livelli nazionale, regionale e delle aziende accreditate per il governo dei consumi dei dispositivi medici, fornendo anche elementi utili per le indicazioni dei capitolati di gara d’acquisizione.

Una consistente riduzione della spesa è affidata alla **revisione dei ticket** che, come indicato dall’articolo 8, dovrà essere definita entro il prossimo 30 novembre. La novità principale consiste nell’introduzione di meccanismi di esenzione per reddito e patologia che tengano conto anche della composizione del nucleo familiare. Il Patto prevede che la rimodulazione avvenga a gettito invariato per ogni Regione, ma un’ipotesi per raggiungere obiettivi di risparmio potrebbe risiedere nell’introduzione di franchigie a carico del cittadino legate al reddito.

Sarà comunque **l’aggiornamento dei Lea** a incidere in maniera decisiva, eliminando prestazioni obsolete e sostituendole con altre più moderne e più funzionali anche a livello di impatto economico. Discorso analogo vale per il Nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili, il cui aggiornamento (l’ultimo risale a quasi quindici anni fa) consentirà di rimodulare le forniture a carico del Ssn.

Un altro capitolo importante riguarda **l’assistenza territoriale** che, se implementata con costrutto, garantirebbe notevoli risparmi. In particolare, come evidenziato nell’articolo 5, è necessario adottare nuovi standard organizzativi per il Distretto, con l’obiettivo di ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al Dea. Si punta molto anche sulla **specialistica ambulatoriale**, che dovrà raccogliere quanti più Drg possibile tra quelli a rischio inappropriatazza, e sul contenimento dei posti letto per ridurre all’osso i piccoli ospedali. Allo stesso tempo, però, viene promossa una riorganizzazione degli

ospedali che valorizzi massicciamente la medicina del territorio, tramite una rete di assistenza più capillare che ridimensioni l'affollamento nei presidi più grandi e assottigli così le spese inutili.

Altro elemento da evidenziare è l'indicazione del Patto in base alla quale i **posti letto** negli ospedali dovranno scendere a un livello di 3,7 letti ogni mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto, sempre per mille abitanti, per la riabilitazione e la lungodegenza. Riduzione che dovrà essere effettuata tramite provvedimenti da emanare entro il prossimo 31 dicembre 2014. Per quanto riguarda le strutture ospedaliere private, invece, dal 1 gennaio 2015 saranno accreditate solo quelle con una soglia non inferiore a 60 posti letto per acuti, ad esclusione di quelle mono specialistiche. Le strutture che non raggiungono la soglia dei 60 posti letto potranno fondersi con altre strutture: da 40 posti letto in poi sarà consentito effettuare accorpamenti amministrativi. Un riorganizzazione su cui si punta convintamente per abbattere spese inutili e razionalizzare le risorse a disposizione.

L'efficientamento del sistema passa anche per una **migliore funzionalità del 118**, con L'Agenas che si occuperà di ridefinire il bacino di utenza delle centrali che gestiscono le richieste di soccorso in relazione alla disponibilità di nuove tecnologie informatiche e telefoniche. Ed è proprio la tecnologia a costituire uno degli assi portanti dell'abbattimento dei costi. **Il Patto sull'e-Health**, "permetterà un risparmio quantificabile in 7 miliardi" nell'arco di cinque anni, ha spiegato il ministro Lorenzin. Un contributo fondamentale arriverà dalle iniziative di partenariato pubblico-privato, che dovranno fungere da vero e proprio moltiplicatore delle risorse a disposizione, come anche dal project financing, che consente la remunerazione dei fornitori sulla base di obiettivi sempre misurabili.

Per quanto concerne i **farmaci**, l'Aifa dovrà aggiornare il prontuario dei medicinali rimborsabili "sulla base del criterio costo/beneficio", fissando prezzi di riferimenti per categorie il più possibile omogenee. Un forte razionalizzazione della spesa dovrà poi essere garantita dalla revisione della normativa che regola l'immissione in commercio di nuovi farmaci, tramite una più attenta modulazione del regime di rimborsabilità

(Fonte: Quotidianosanita.it)

Spending review. *Question time* alla Camera. Lorenzin: "Taglio 3% solo su capitoli di spesa del Ministero"

Lo ha garantito il ministro, rispondendo a un'interrogazione della Lega. "L'intervento riguarderà solo il bilancio ministeriale". Il Fsn, invece, "non sarà toccato". Rispetto ai costi standard "stiamo lavorando con le Regioni per creare centrali uniche acquisto e per monitorare prezzi". Risposte anche su carenza di farmaci e su accesso a diagnosi e trattamento del Parkinson.



“Il Ministero della Salute ha presentato la settimana scorsa alcune proposte per ridurre del 3% gli 1,2 miliardi di capitoli di spesa ministeriali”. E’ quanto ha spiegato il ministro **Beatrice Lorenzin**, nel corso del **question time alla Camera**, rispondendo a una domanda della Lega sull’eventuale **decremento delle risorse del Fondo sanitario nazionale (Fsn)** e sulle iniziative per modulare gli abbassamenti di spesa sulla base dei costi standard. La riduzione, invece, “non toccherà il Fsn”.

Per quanto concerne i **costi standard**, Lorenzin ha sottolineato che “Ministero e Regioni stanno lavorando per raggiungere gli obiettivi fissati dal Patto, tramite le centrali uniche di acquisto sia a livello nazionale che regionale e mediante un sistema di monitoraggio dei prezzi che, comunque, è già in corso”.

Altra domanda (del M5S) sottoposta al ministro ha riguardato la periodica **carenza di alcuni medicinali** destinati alla cura di gravi patologie. “Condivido le preoccupazioni relative alla carenza dei farmaci come conseguenza del fenomeno dell’esportazione parallela. E, purtroppo – ha osservato Lorenzin – il fenomeno è in aumento perché il mercato estero offre condizioni di vendita più remunerative. Ci sono evidenti distorsioni cui stiamo cercando di porre rimedio – ha garantito – sempre in osservanza delle disposizioni comunitarie”. Circa il problema dei farmaci antitumorali il ministro ha precisato che “dal 2011 l’Aifa sta effettuando il monitoraggio, ma il mercato parallelo include anche i salvavita che non dispongono di prodotti sostitutivi”. Un chiarimento anche sull’aumento del costo del farmaco **Leukeran**. “L’Aifa ha chiesto e ottenuto che il suo prezzo venga riallineato a quello più basso in Europa”.

Infine, dal gruppo ‘Per l’Italia, è arrivata una richiesta di chiarimento sulle iniziative volte a ridurre le disuguaglianze nell’accesso alla diagnosi e al trattamento della malattia di **Parkinson**. “Migliorare l’accesso alle diagnosi e al trattamento è una nostra priorità – ha garantito il ministro – Per questo è in fase di elaborazione il ‘Piano nazionale criticità’, come previsto dal Patto per la Salute, che individua con precisione una serie di malattie, tra cui il Parkinson. E’ inoltre in corso, con il supporto di associazioni di pazienti, società scientifiche ed enti locali, un’attenta analisi dei bisogni tecnologici e assistenziali in modo da poter garantire un’effettiva uniformità delle cure”.

Piani di Rientro. Il report del Ministero: "Passi avanti su equilibrio finanziario, ora migliorare erogazione Lea"

L'analisi ministeriale sottolinea che i miglioramenti economici non sono stati accompagnati da "aspetti di riorganizzazione e riqualificazione dei sistemi sanitari e in particolar modo sulla garanzia, in termini di equità e qualità, nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza"

Nelle Regioni sottoposte a Piano di Rientro (PdR) le attività condotte in termini di razionalizzazione della spesa hanno determinato rilevanti progressi tanto da raggiungere posizioni di equilibrio finanziario, ma non può dirsi altrettanto rispetto agli aspetti di riorganizzazione e riqualificazione dei sistemi sanitari e in particolar modo sulla garanzia, in termini di equità e qualità, nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. **E' quanto emerge dal report 'L'erogazione dei Lea nelle Regioni in Piano di rientro. Trend 2017-2012', pubblicato dal ministero della Salute.**

Ed è proprio quella sui Lea, avverte il ministero, "la sfida più importante che il Servizio Sanitario Nazionale ha di fronte e con la quale dovrà confrontarsi ancora nei prossimi anni, ossia nel **rendere possibile equilibrio finanziario ed erogazione equa ed efficace dei livelli di assistenza**".

Le Regioni in PdR, infatti, "hanno dovuto moltiplicare i loro sforzi per cercare di rimettere in equilibrio il sistema salute tra deficit finanziario ed erogazione dei Lea". Ed ora che i Piani di Rientro "hanno raggiunto gli effetti attesi in termini di recupero del disavanzo sanitario, l'attenzione si deve spostare inevitabilmente sui Lea".

Nel periodo 2007-2012, le Regioni che hanno sottoscritto un Piano di Rientro, hanno registrato un incremento dell'assistenza territoriale per gli anziani, i malati affetti da disturbi psichici e i malati terminali. In lieve decremento sono risultate le attività territoriali rivolte ai disabili. In tutti gli ambiti si evidenzia un risultato di maggiore assistenza nelle Regioni non in piano di rientro, per esempio in relazione all'assistenza residenziale per gli anziani e per i malati terminali. Per quanto riguarda l'adempimento dei Lea, le realtà sottoposte a PdR, seppure con un miglioramento rispetto agli anni precedenti, si collocano sotto gli standard di riferimento.

Tra 2007 e 2012, nelle Regioni in PdR, l'incremento delle giornate di assistenza residenziale e semiresidenziale è risultato analogo all'incremento che si è verificato nell'offerta di posti letto. Risulta, invece, ancora carente l'assistenza territoriale sia in regime residenziale e semiresidenziale che in regime domiciliare, soprattutto rispetto alle altre realtà regionali.

Nel complesso, pur rimanendo differenze regionali importanti, l'analisi mostra che:

- Le Regioni in Piano di rientro hanno livelli di assistenza al di sotto degli standard minimi mentre le Regioni non in PDR mantengono dal 2007 al 2012 adeguati livelli assistenza
- A partire dal 2010 il miglioramento dei conti economici delle regioni in PdR è accompagnato da un progressivo miglioramento dell'assistenza sanitaria
- Cresce l'erogazione dell'assistenza complessiva. Il risultato positivo si deve all'aumento più consistente delle prestazioni territoriali rispetto alla contestuale riduzione dell'assistenza ospedaliera.

Nel panorama delle Regioni in Piano di Rientro si evidenziano in particolare **miglioramenti** relativamente:

- All'assistenza territoriale per gli anziani, i malati affetti da disturbi psichici e i malati terminali, valori espressi da un incremento del numero degli utenti assistiti e delle giornate di degenza;
- Al progressivo contenimento dell'inappropriatezza ospedaliera;
- Alla riduzione dell'inappropriatezza clinica ed organizzativa dei ricoveri ospedalieri di riabilitazione;
- All'efficienza delle strutture ospedaliere, con riduzione della degenza media;
- Alla dotazione complessiva di posti letto ospedalieri che tende ad allinearsi agli standard nazionali, con particolare riferimento ai posti letto per acuti;
- Alla promozione di interventi volti all'incremento dell'assistenza a livello territoriale;
- Alla riduzione della spesa farmaceutica territoriale.
- Alla riduzione del disavanzo del SSN dal 2007 al 2012 nella misura del 50% circa.

Ci sono invece settori in cui è necessario incrementare le azioni di **riorganizzazione e riqualificazione dei Ssr**, in particolare:

- Assistenza territoriale per i disabili sia in setting domiciliare che residenziale e semiresidenziale;
- Assistenza ospedaliera relativa all'offerta di posti letto post-acuzie non ancora in linea con i parametri nazionali;
- Inappropriatezza dei ricoveri in regime ospedaliero di riabilitazione.

(Fonte: Quotidianosanita.it)

Mille giorni. Renzi alla Camera: “Sui costi standard il Governo è pronto a sfidare le Regioni”

Se fino ad oggi non sono stati fatti, ha spiegato il premier oggi in Aula alla Camera nel corso dell'Informativa urgente sui “Mille giorni” è perché “si è pensato di intervenire in modo centralistico”. Renzi si è quindi detto disponibile a “sfidare” le regioni per “individuare i meccanismi all'interno dei quali la siringa, per fare il solito esempio, costa allo stesso modo”.

Il governo vuole andare avanti sui costi standard e per farlo è disposto a sfidare le regioni anche se l'esecutivo “non ha niente contro le regioni”. Lo ha detto questa mattina il presidente del Consiglio, **Matteo Renzi**, nel corso dell'informativa urgente sulle linee di attuazione del programma di Governo. Intervento che oggi pomeriggio replicherà anche al Senato.

Palazzo Chigi dunque è favorevole ai costi standard ha detto Renzi in uno dei passaggi del suo intervento, aggiungendo che se “ad oggi non sono stati fatti, è perché si è pensato di intervenire in modo centralistico. Dal nostro punto di vista siamo assolutamente disponibili a sfidare le regioni – anche per dimostrare che non abbiamo niente contro le regioni – a individuare i meccanismi all'interno dei quali la siringa, per fare il solito esempio, costa allo stesso modo”.

Sul centralismo e sui costi che ha generato in termini di spesa pubblica quindi Renzi ha concluso: “Chi in questi anni ha prodotto il massimo di centralismo, chi in questi vent'anni ha risolto per scelte discutibili singole emergenze municipali, non può venire a dare a noi lezioni oggi su come si amministra la spesa pubblica, avendo contribuito nel corso degli ultimi anni a gonfiare a dismisura l'investimento verso le regioni e verso le realtà territoriali meno inclini ad essere controllate”.

(Fonte: [Quotidianosanita.it](http://quotidianosanita.it))

PARLA LA RELATRICE AL PROVVEDIMENTO

Le sanitarie tentano lo sprint

La riforma sarà stralciata dal ddl Lorenzin

La riforma delle professioni sanitarie sarà stralciata dal ddl Lorenzin. L'iter del disegno di legge n. 1324 con cui il ministro della salute punta a riformare diversi capitoli del Sistema sanitario nazionale, dunque si sdoppierà: in prima istanza la riforma delle professioni sanitarie, poi il resto del provvedimento. La proposta, come ha spiegato a *ItaliaOggi* Emilia Grazia De Biasi, relatrice del provvedimento e presidente della Commissione igiene e sanità del Senato, sarebbe legata alla volontà di semplificarne l'iter, accelerando l'approvazione di un riconoscimento giuridico che risale a 20 anni fa. Vent'anni, celebrati ieri a Roma in occasione di un convegno in materia organizzato dal Conaps (il coordinamento che le riunisce tutte) «Dai profili professionali alle professioni sanitarie», da quando è stato costituito il profilo di ognuna di queste categorie professionali. E ora si spera sia la volta buona. Il ddl, infatti, interviene proprio sulle 21 professioni, affini ma regolamentate in modo diverso. Infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica già aggregate in collegi provinciali e federazioni nazionali, le altre costituite in associazioni. Per le prime, quindi, si tratta di trasformarle in ordini, per le seconde, di dargli una rappresentanza istituzionale. Ed è ora, ha detto il presidente del Conaps Antonio Bortone, «che il mondo politico si assuma la responsabilità in questo settore partendo dalla formazione e formando professionisti più competenti».

Domanda. De Biasi, a che punto è il provvedimento?

Risposta. Stiamo discutendo sugli emen-

damenti con l'obiettivo di far approvare il testo in Aula entro l'anno. Per accelerare, comunque, abbiamo previsto lo stralcio della parte che riguarda le professioni sanitarie.

D. In che modo?

R. Con un emendamento finale stralceremo la parte che riguarda le professioni sanitarie. Ne usciranno l'art. 9 sugli enti vigilati dal ministero e gli articoli successivi al 10 che saranno discussi in seguito.

D. Lo stralcio non risolve comunque le polemiche sul riconoscimento di altri profili, tipo quello dell'osteopata, inseriti con alcuni emendamenti che hanno fatto discutere.

R. Arriveremo a una soluzione condivisa. Ma certo non con una guerra di principi. Bisogna riconoscere i problemi e cercare di risolverli. Penso per esempio che la professione di osteopata vada riconosciuta.

D. Più che una guerra di principi la polemica punta il dito sul tema della formazione, profondamente differente, per esempio, quella degli osteopati rispetto al percorso degli altri 21 profili. Non crede che questo ragionamento sia fondato?

R. Questo è un problema reale di cui discuteremo, perché il tema dell'equipollenza nel nostro paese resta un nodo sempre difficile da sciogliere. Su questo è giusto ragionare, ma non su questioni di principio o sulla conservazione pura dell'esistente.

D. Possiamo quindi dire che questa sia la volta buona per la riforma?

R. Lo spero, certo posso dire che da parte mia ce la metterò tutta.

Benedetta Pacelli

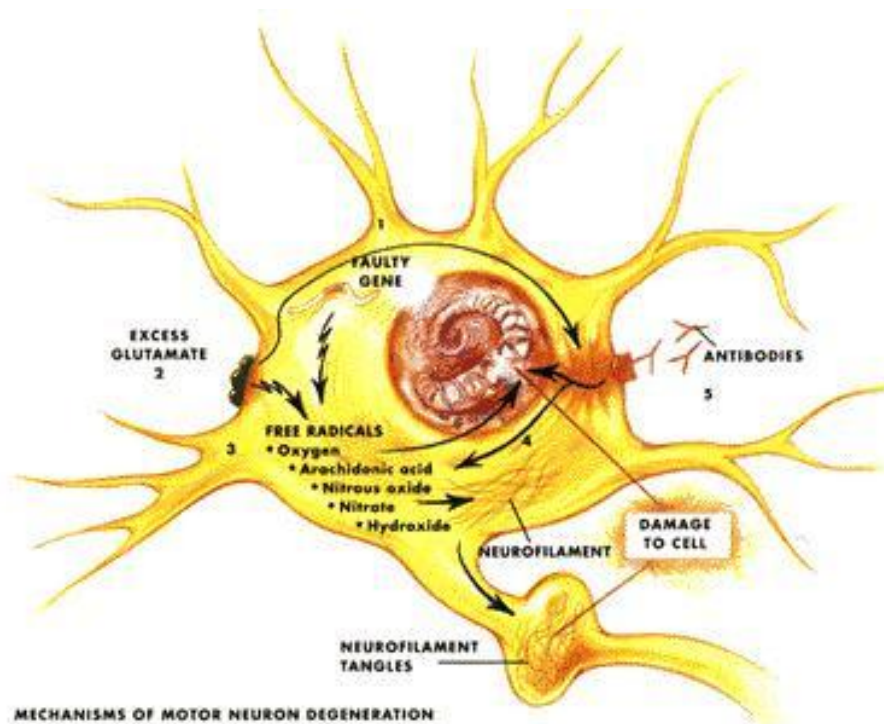


Emilia Grazia De Biasi



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



La storia della scrittrice Esmeralda Santiago ha commosso il mondo: una mattina si è accorta che non riusciva più a leggere. Era stata colpita da un attacco vascolare. Ma l'autrice sudamericana non si è arresa alla malattia e lentamente è riuscita a risalire la china. Ha dovuto imparare di nuovo la lingua inglese come fece a 13 anni quando arrivò negli Usa da Portorico

Ictus, all'inferno e ritorno

IL CASO

Svegliarsi una mattina e non saper più leggere. Lo choc deve essere raggelante. Immaginate poi se questa improvvisa afasia colpisse una scrittrice, una donna per cui la parola, il testo scritto, sono parte essenziale della sua vita, della sua personalità e delle sue speranze. Di colpo, questa persona si sente come una casa senza fondamenta, una barca senza vele: è persa in un universo «fatto di segni incomprensibili».

Ma questa non è la storia di una sconfitta.

Se la rivista *Neurology Now* le ha dedicato la copertina è perché questa è la storia di una smagliante vittoria. È la storia di Esmeralda Santiago, una nota autrice portoricana che a 60 anni è stata colpita da un ictus che le aveva reso i suoi stessi libri «un universo indecifrabile e sconosciuto». È la cronaca di una lenta ma definitiva vittoria, e di come Esmeralda sia riuscita a risalire la china, ricominciando da zero, come «un bambino che impara a leggere», fino al punto di aver recuperato tutto quello che l'ictus le aveva cancellato dal cervello. E forse di più.

I RICORDI

Esmeralda Santiago oggi parla con grande naturalezza di quei giorni che potevano facilmente finire molto peggio. Una mattina di gennaio, nel 2008, si svegliò sentendosi «strana». Niente di più. Nel corso della giornata notò di essere particolarmente stanca. Siccome aveva dedicato molto tempo e molto impegno alle ultime pagine del suo ambizioso romanzo storico «Conquistadora», pensò che quella spossatezza fosse una conseguenza dell'eccesso di lavoro. Consapevole tuttavia di soffrire di fibrillazione atriale, e quindi di essere a rischio di ictus, fece una videoconferenza con un'amica medico, ma tutto sembrava normale: Esmeralda non presentava nessuno dei sintomi associati a un ictus, la parola era normale, il volto non dimostrava paralisi, riusciva a muovere tutti gli arti, era lucidissima.

Così, decise di rilassarsi: andò al cinema, si riposò, ascoltò musica. E poi andò a dormire. L'indomani mattina si mise al computer, e senza neanche guardare il video, cominciò a scrivere di getto alcune frasi. Poi alzò lo sguardo, e rimase congelata: lettere senza sen-

SI È AFFIDATA A LIBRI PER BAMBINI CON IMMAGINI E LETTERE GRANDI PER RECUPERARE LE NOZIONI BASE

so, geroglifici incomprensibili le si pararono sotto gli occhi. Ecco dunque la corsa in ospedale, la Tac, l'immediato ricovero in terapia intensiva. Esmeralda aveva subito un ictus ischemico nell'area di Wernicke, cioè l'area cerebrale che controlla la comprensione della lingua scritta e parlata. In questi casi, la velocità dell'intervento è fondamentale per arginare il danno, più tempo si perde, più cellule neuronali si perdono, e il deficit può diventare permanente.

IL RECUPERO

Una volta fermato l'ictus, per la scrittrice è cominciata la fase del recupero. Per lei però è intervenuto in aiuto un fattore che molti non hanno: Esmeralda era arrivata negli Usa a 13 anni, senza parlare inglese. In uno dei suoi libri, «When I was Puerto Rican» racconta come per orgoglio imparò da sé la lingua in pochi mesi. Nonostante i suoi ottimi voti alle scuole medie a Portorico, infatti, il preside voleva farla retrocedere di un anno, per darle tempo di imparare la lingua. Lei gli fece una proposta: «Mi dia sei mesi, e se non mi metto in pari, accetto di essere retrocessa». Il preside le concesse da settembre a dicembre. Lei cominciò a frequentare la biblioteca, portandosi a casa i libri con le immagini con cui si insegnano i rudimenti della lettura ai bambini: «Ho imparato così: l'immagine di una mela, e la lettera M, l'immagine di un'auto e la lettera A, ecc».

Ridotta senza la parola, Esmeralda è tornata a usare lo stesso sistema con cui a 13 anni sbaragliò la resistenza dei suoi professori: non solo per quel dicembre del 1963 Esmeralda aveva imparato a scrivere bene in inglese, ma aveva ottenuto i voti più alti della sua classe. E adesso, a 60 anni, romanziera e memorialista affermata, Esmeralda ha imitato se stessa da ragazzina, e si è affidata ai libri per bambini, con le immagini e le lettere, per recuperare la nozione e la capacità della scrittura.

Ci sono comunque voluti mesi di lavoro, anzi quasi un anno e mezzo, perché le riuscisse di recuperare la capacità di scrivere e leggere. In un'intervista al canale tv Pbs ha raccontato che quando finalmente poté affrontare «Guerra e Pace», un libro che si era sempre ripromessa di leggere ma non aveva mai aperto, scoppiò a piangere per la felicità.

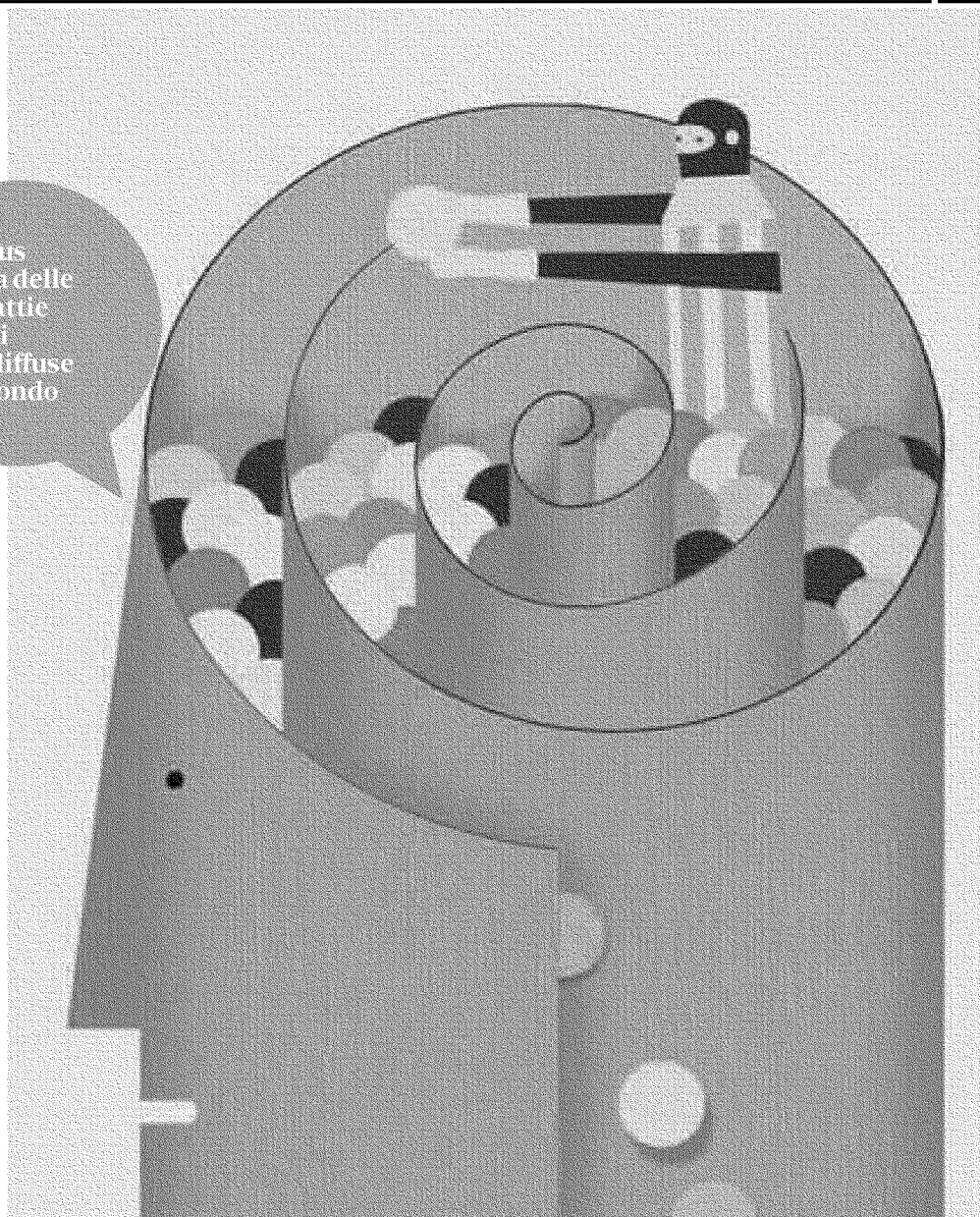
Così, con determinazione, passione e pazienza, Esmeralda Santiago ha portato a compimento il suo «Conquistadora», un best seller che narra la vicenda di una donna forte e intelligente, proprietaria di una piantagione nell'isola di Portorico nell'Ottocento. E adesso sta lavorando al secondo volume di quella che sarà una trilogia dedicata alla sua isola natia.

Anna Guaita

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ictus è una delle malattie gravi più diffuse al mondo



In Italia

3

In linea generale i tipi di ictus sono 3. Ischemico: si occlude un vaso a causa una trombosi. Emorragico: versamento di sangue intracerebrale. Tia: transitorio, dura meno di 24 ore

196mila

I casi in Italia che si verificano ogni anno, di cui il 20 per cento è costituito da recidive. L'ictus è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie



27mila

I casi l'anno di persone al di sotto dei 65 anni colpite da ictus. L'ischemico rappresenta la forma più frequente di ictus (80%) mentre l'emorragico riguarda il 20% dei casi.

30%

Il tasso mortalità acuta, 30 giorni dopo l'attacco, è pari al 20% dei casi, mentre quella a un anno è del 30%. A un anno dall'evento acuto, il 30% dei soggetti è parzialmente disabile



75%

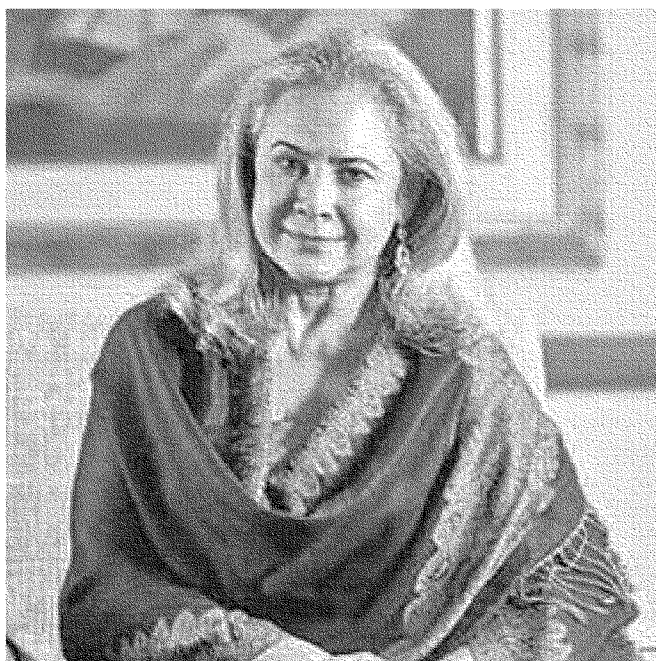
È la percentuale di ictus che colpisce pazienti di oltre 65 anni di età. L'incidenza dell'ictus aumenta con l'età e raggiunge il valore massimo negli ultra ottantacinquenni

Chi è

Scrittrice, saggista e produttrice

Esmeralda Santiago è nata il 17 maggio 1948 a San Juan quartiere di Villa Palmeras, Santurce, Puerto Rico. Nel 1961 la sua famiglia si trasferì negli Stati Uniti, lei aveva 13 anni e 12 fratelli. Si è laureata a Harvard.

Sposata con Frank Cantor: insieme hanno fondato Cantomedia, società di produzione cinematografica premiata per molti documentari. Vive a Westchester County, New York con il marito. La sua carriera di scrittore è cominciata dai documentari. I suoi saggi e pezzi di opinione sono usciti su quotidiani tra cui il New York Times. Tra i suoi libri Quando ero portoricano è America del Sogno, pubblicato in sei lingue.



LA SCRITTRICE Esmeralda Santiago, guarita da un attacco di ictus

Benzodiazepine: aumentano il rischio di Alzheimer con l'assunzione prolungata

A lanciare l'allarme è uno studio franco-canadese, che evidenzia un aumento di rischio del 51% in chi assume benzodiazepine in maniera continuativa per oltre tre mesi. Le long acting sarebbero le più pericolose

Le benzodiazepine, assunte come ansiolitici o ipnoinducenti per lunghi periodi, potrebbero rappresentare un fattore di rischio per morbo di Alzheimer. Già in passato c'erano state segnalazioni di un aumentato rischio di demenza tra gli *habitué* di questi farmaci, ma non era chiaro se questa associazione fosse solo casuale o meno.

Un gruppo di ricerca franco-canadese è andato dunque ad esaminare la relazione tra Alzheimer ed esposizione alle benzodiazepine, alla ricerca di una relazione dose-risposta, cioè di una soglia di esposizione che facesse lievitare il rischio Alzheimer.

È stata esaminata a questo scopo la banca dati del programma di assicurazione sanitaria del Quebec, andando a ricercare i casi di Alzheimer diagnosticati tra gli anziani ai quali erano state prescritte benzodiazepine.

In una finestra temporale di sei anni, sono stati individuati 1796 casi di Alzheimer, che sono stati confrontati con un gruppo di controllo composto da 7184 persone di pari età, in buona salute.

I risultati dello studio, pubblicato su [British Medical Journal](#), indicano che assumere benzodiazepine per più di tre mesi, aumenta il rischio di Alzheimer del 51%; il rischio aumenta di pari passo all'aumentare del periodo di esposizione, ed è maggiore per le benzodiazepine *long-acting*, rispetto alle *short-acting*.

Secondo gli autori, i risultati di questo studio rinforzano il sospetto di una possibile associazione diretta delle benzodiazepine sulla genesi della demenza, ma non escludono che l'assunzione cronica di questi farmaci possa rappresentare un marcatore precoce di una condizione, associata ad un aumentato rischio di demenza.

Il *take home message* è dunque di non demonizzare questa categoria di farmaci, molto utili sia nella gestione dei disturbi d'ansia che nell'insonnia transitoria, ma di utilizzarli con giudizio e per brevi periodi, senza mai superare i tre mesi di trattamento. Gli autori ritengono inoltre che questi risultati siano di enorme importanza per la salute pubblica, considerato l'uso cronico che molti anziani fanno delle benzodiazepine e dell'incidenza della demenza in crescita esponenziale nei Paesi occidentali. Ad essere affetti da demenza sono al momento circa 36 milioni di persone nel mondo, un numero destinato a raddoppiare ogni 20 anni.

Kristine Yaffe della *University of California* di San Francisco e **Malaz Boustani** dell' *Indiana University Center for Aging Research*, in un editoriale di commento, pubblicato sullo stesso numero, ricordano che nel 2012, l'*American Geriatrics Society* ha inserito le benzodiazepine nella lista dei farmaci inappropriati per gli anziani, proprio in vista degli effetti indesiderati sulla sfera cognitiva. Ciò nonostante, si stima che un anziano su due continui ad assumere, spesso fuori controllo, questi farmaci.

(Fonte: [Quotidianosanita.it](#))

Speciale Easd 2014. In Italia migliora l'assistenza agli anziani con diabete

Una persona con diabete di tipo 2 su tre è over 65, una su quattro over 75. Presentata oggi, al 50° Congresso della European association for the study of diabetes a Vienna, l'analisi dei risultati degli Annali Amd dell'Associazione Medici Diabetologi che ha fotografato 8 anni di assistenza e cura agli over 75



In Italia su 3 milioni di persone colpite da diabete di tipo 2, due terzi hanno un'età superiore ai 65 anni, e il 25% è over 75. Un popolo di anziani colpiti da diabete che, alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione è destinato a crescere. Per questo bisogna alzare il livello di attenzione non solo sulla cura e l'assistenza dell'anziano con diabete, soprattutto sulla prevenzione delle complicanze strettamente correlate alla malattia.

Ma in Italia qualcosa si sta muovendo. L'assistenza agli anziani con diabete è migliorata come dimostra l'analisi degli Annali Amd presentata al 50° Congresso della European Association for the Study of Diabetes a Vienna.

Lo studio raccoglie oltre 500mila cartelle cliniche di persone con diabete, assistite in quasi la metà dei circa 650 centri diabetologici nazionali, e ha fotografato la qualità dell'assistenza dal 2004 al 2011.

Grazie allo score Q, indice ideato da Amd in collaborazione con la Fondazione Mario Negri Sud che valuta l'efficienza delle cure e dell'assistenza prestate, e conseguentemente l'efficacia nel prevenire le complicanze tipiche del diabete, dall'infarto, all'ictus, ai disturbi della vascolarizzazione, alla mortalità si è visto che in otto anni è quasi raddoppiata, dal 19,2% al 35,7%, la percentuale di over 75 con score Q superiore a 25, valore soglia che identifica la qualità delle cure attese.

“Come diabetologi ne siamo ben consci della necessità di alzare il livello di attenzione verso gli anziani con diabete – ha detto **Antonio Ceriello**, Presidente dell'Associazione medici diabetologi, l'organizzazione cui fanno riferimento i medici diabetologi operanti nei centri del Ssn – nel 2012, infatti, partendo dal database Annali Amd, abbiamo pubblicato il primo Rapporto 'Anziani con diabete', che forniva un'importante, e forse unica, fotografia sull'assistenza riservata a questa particolare categoria. Oggi, siamo in grado di presentare l'analisi dell'evoluzione della qualità dell'assistenza prestata negli otto anni dal 2004 al 2011”

L'indagine si è concentrata sulla particolare categoria degli over 75, oltre 145mila persone i cui dati sono registrati nel database Annali Amd. Persone con un maggior tasso di mortalità, maggiori disabilità e malattie associate e che quindi richiedono particolari competenze ed un approccio personalizzato alla cura. Una presa in carico del paziente cresciuta appunto nel corso degli anni e dimostrata dai dati emersi dal rapporto.

“È migliorato lo score Q – ha spiegato **Riccardo Candido**, diabetologo presso il distretto 3 di Trieste e componente dei gruppi Amd dedicati alla terapia personalizzata e all'anziano – tra il 2004 e il 2011 è

quasi raddoppiata, dal 19,2% al 35,7%, la percentuale di over 75 con score Q superiore a 25. Si consideri che questa è la soglia che identifica la qualità delle cure attese; un valore superiore a 25 indica una situazione migliore dello standard; tra 25 e 15 aumenta del 20% il rischio di complicanze, mentre sotto 15, il rischio cresce all'80%".

Il risultato è frutto di numerose variabili. "È cresciuta l'attenzione alla valutazione non solo del grado di controllo della glicemia, ma anche della pressione arteriosa, dei livelli di colesterolo e trigliceridi, della microalbuminuria, indice di danno ai reni. Di pari passo sono migliorati i risultati clinici: si è assistito a una maggior personalizzazione dell'obiettivo glicemico e a una marcata riduzione (-21,5%) del numero di anziani con controllo della glicemia scadente; è cresciuta del 29,8% la quota di anziani con valori di pressione arteriosa inferiori a 150/90 mmHg e ben dell'80,3% quella delle persone con colesterolo LDL inferiore a 100 mg/dl", dice ancora Candido.

Non solo, è migliorata anche l'appropriatezza terapeutica. La quota di anziani con diabete in cura con sulfaniluree, farmaci ad elevato rischio di ipoglicemia è, infatti, in costante riduzione, "Va notato, tuttavia – ha concluso Candido – come l'utilizzo di questa classe di farmaci sia ancora elevato e non del tutto appropriato e al contrario sia bassa la percentuale di pazienti curati con le incretine, in particolare gli inibitori del DPP4 meglio indicati per la gestione dell'anziano con diabete".

(Fonte: Quotidianosanita.it)

I benefici della proteina klotho contro la sclerosi multipla

Una ricerca della Boston University ne sottolinea le potenzialità

Gia nota per il suo effetto allunga-vita nei test su modelli animali, la proteina klotho ha ora un inaspettato ruolo anche riguardo una malattia degenerativa. Un nuovo studio dimostra che ha anche un effetto di protezione dei neuroni con una potenziale ricaduta positiva per il trattamento della sclerosi multipla. La ricerca, condotta dalla Boston University school of medicine, è stata presentata a Boston al Congresso mondiale sulla sclerosi multipla. «Klotho - spiega il neurologo Antonio Uccelli dell'Università di Genova - è una proteina che diminuisce nella sostanza bianca del cervello man mano che esso invecchia. Si è inoltre osservato che topi di laboratorio nei quali è stato 'spento' il gene per klotho presentano un deficit del processo di rimielinizzazione», ovvero il processo di ricostruzione della mielina che è una sostanza che ricopre i nervi favorendo la trasmissione degli impulsi nervosi. Proprio tale deficit della rimielinizzazione è alla base della sclerosi multipla. Sempre nei topi è stata osservata una connessione tra l'espressione di klotho e l'integrità della mielina. L'obiettivo dello studio, chiarisce Uccelli, «era vedere se

“
Lo studio
ancora
sul modello
animale
ha risvolti
importanti
“

aumentando l'espressione del gene klotho vi fosse una minore demielinizzazione indotta da una sostanza chimica”. Si è quindi osservato che “modificando geneticamente i topi da laboratorio in modo da far loro sovrapprodur-

re tale proteina, i modelli animali presentavano una quantità di fibre nervose mielinizzate di gran lunga superiore rispetto agli animali di controllo». Si è pertanto giunti alla conclusione, sottolinea l'esperto, che klotho è «probabilmente coinvolta nella regolazione della mielinizzazione». Si tratta, commenta, di «uno studio molto interessante, anche se ancora su modello animale. Infatti, comprendere il meccanismo di azione dei geni che regolano la riparazione della mielina, che nella sm è fortemente danneggiata, è il primo passo per arrivare ad agire su tali geni al fine appunto di indurre la riparazione del danno nelle persone affette da sclerosi multipla».

