



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



IL CONVEGNO**Cantone al meeting
sul sistema sanitario**

Sarà Raffelele Cantone - presidente dell'Autorità anticorruzione - ad aprire i lavori del quinto convegno nazionale dedicato all'appropriatezza nel Servizio sanitario in programma a Napoli, domani mattina all'Hotel Excelsior. L'assise è presieduta da Giuseppe Matarazzo, direttore sanitario e vice presidente nazionale dell'Anmdo, e da Gennaro Volpe, direttore del dipartimento regionale Assistenza primaria dell'Asl Napoli 1 e vicepresidente nazionale Card, Federazione delle associazioni regionali di distretto. Partecipano tra gli altri i sub commissari Mario Morlacco ed Ettore cinque, Angelo Montemarano ed Ernesto Esposito.

IL FORUM Domani confronto con Raffaele Cantone, i medici: In Italia fenomeno grave, ripercussioni enormi

Corruzione, alla Sanità costa 6 miliardi all'anno



● Giuseppe Matarazzo

NAPOLI. Sarà Raffaele Cantone - presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione - ad aprire i lavori del quinto convegno nazionale dedicato all'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale in programma a Napoli, domani mattina all'Hotel Excelsior. L'assise è presieduta da Giuseppe Matarazzo, direttore sanitario e vice presidente nazionale dell'Anmdo, e da Gennaro Volpe, direttore del dipartimento regionale Assistenza primaria dell'Asl Na 1 e vicepresidente nazionale Card, Federazione delle associazioni regionali di distretto. Cantone introdurrà i lavori con una relazione dedicata sulle misure di contrasto per prevenire l'illegalità e la corruzione in sanità e nella Pubblica amministrazione. Seguiranno le sessioni di lavoro dedicate al governo clinico, ai costi della medicina difensiva, alla governance della spesa farmaceutica e al nuovo piano ospedaliero

e una tavola rotonda dedicata al Prontuario terapeutico regionale e alle farragino-se procedure di accesso ai farmaci più efficaci documentato da un dossier di Cittadinanza attiva.

«L'appropriatezza - avverte Matarazzo - definita sinteticamente come l'insieme delle procedure diagnostico-terapeutiche non sorrette da necessità ed efficacia misurate in base alle linee guida internazionali, gioca un ruolo centrale nel determinare sprechi e malaffare. Un altro degli elementi chiave del convegno è l'integrazione tra ospedale e territorio, per la continuità delle cure e per rispondere alla domanda di salute dei cittadini».

Quel che è certo è che il costo stimato della corruzione in Sanità supera i 6 miliardi di euro all'anno e l'Italia si colloca agli ultimi posti per indice di corruzione percepita tra i Paesi della Comunità europea. «La lettura dei dati - aggiunge Gennaro

Volpe - dice che l'impatto della corruzione caratterizzi la Sanità in generale e che in Italia questo accade in modo particolarmente grave. Per superare tutto ciò occorre utilizzare al meglio le risorse disponibili promuovendo scelte basate sul rapporto costo-utilità e costo-efficacia favorendo prescrizioni appropriate senza rinunciare alla qualità delle cure».

Al convegno - che si conclude martedì con le sessioni dedicate all'integrazione ospedale-territorio e al binomio appropriatezza-qualità nell'assistenza sanitaria - intervengono tra gli altri Claudio Buccelli, ordinario di medicina legale dell'Università Federico II, Mario Morlacco e Ettore Cinque, sub commissari alla sanità della Regione Campania, Sara Caropreso, dirigente Arsan, Vincenzo Schiavone vicepresidente nazionale Aiop e Ciro Verdoliva commissario ad acta dell'ospedale del Mare.

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 22 GIUGNO 2015

La settimana in Parlamento. Autismo, chiusura Opg e Cyberbullismo

Prosegue in commissione Affari sociali l'esame sulla proposta di legge su diagnosi, cura e abilitazione per le persone che soffrono di autismo. Mercoledì in Igiene e Sanità audizione del sottosegretario Vito De Filippo sulla chiusura degli Opg

La **Camera** apre oggi con la discussione generale della Pdl di modifiche al codice penale, al codice di procedura penale, al codice di procedura civile e al codice civile in materia di diffamazione, di diffamazione con il mezzo della stampa o con altro mezzo di diffusione, di ingiuria e di condanna del querelante nonché di segreto professionale (approvata dalla Camera e modificata dal Senato). Saranno poi discusse le mozioni concernenti iniziative volte alla revoca delle sanzioni dell'Unione europea contro la Federazione russa e al raggiungimento di una soluzione politico-diplomatica della crisi ucraina; Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sui casi di morte e di gravi malattie che hanno colpito il personale italiano impiegato in missioni militari all'estero, nei poligoni di tiro e nei siti di deposito di munizioni, in relazione all'esposizione a particolari fattori chimici, tossici e radiologici dal possibile effetto patogeno e da somministrazione di vaccini, con particolare attenzione agli effetti dell'utilizzo di proiettili all'uranio impoverito.

Martedì ci sarà la discussione delle mozioni concernenti la permanenza in carica del sottosegretario di Stato Giuseppe Castiglione.

Mercoledì al termine delle votazioni, avrà luogo la discussione generale del Ddl Disposizioni urgenti in materia di pensioni, di ammortizzatori sociali e di garanzie TFR. Giovedì 25 (con eventuale prosecuzione notturna e nella giornata di venerdì 26), si svolgerà la relativa discussione con votazioni.

Ancora mercoledì 24, alle ore 16.15 con eventuale prosecuzione notturna, avranno luogo le Comunicazioni del Presidente del Consiglio dei ministri in vista del Consiglio europeo del 25 e 26 giugno 2015.

Giovedì 25 si terranno le informative urgenti del Governo sulle vicende note come "mafia capitale", alle ore 12 e sulla situazione dell'aeroporto di Fiumicino dopo il grave incendio che ne ha colpito alcune strutture e sulle iniziative per ripristinare la piena funzionalità dello scalo, alle ore 15.

Martedì 23 alle ore 9.30 avrà luogo lo svolgimento di interpellanze e interrogazioni.

Mercoledì 24 alle ore 15 avrà luogo lo svolgimento di interrogazioni a risposta immediata (question time).

Venerdì 26 alle ore 9.00, è previsto lo svolgimento di interpellanze urgenti.

Nel corso della settimana la **[Commissione Affari sociali](#)** proseguirà l'esame in sede referente delle proposte di legge sulle Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie e del testo unificato sulle Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare, cd. "Dopo di noi".

La Commissione svolgerà le seguenti interrogazioni: Carloni, Garanzia dei LEA nella regione Campania a seguito del passaggio dell'ospedale S. Annunziata alla ASL NA 1 previsto dal nuovo piano ospedaliero; Di Vita, Chiusura del punto nascite presso il comune di Cefalù; Busto, Iniziative per rilevare sostanze anomale nel trattamento degli animali e delle carni e per rafforzare i controlli negli allevamenti a garanzia della sicurezza alimentare.

La Commissione infine, in sede consultiva, per il parere alla XI Commissione Lavoro, esaminerà il disegno di legge di conversione del decreto - legge n. 65 del 2015: Disposizioni urgenti in materia di pensioni, di ammortizzatori sociali e di garanzie TFR.

Le Commissioni riunite II Giustizia e XII Affari sociali inizieranno l'esame in sede referente dei provvedimenti C. 3139, approvato dal Senato e abb. recanti Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del cyberbullismo. Le Commissioni riunite III Affari esteri e XII Affari sociali svolgeranno

l'audizione informale del presidente del Comitato internazionale della Croce Rossa, Peter Maurer, sulle attività di carattere umanitario nelle situazioni di conflitto e nelle altre sfide di tipo globale

Il **Senato** riprende il lavoro martedì 23 giugno con l'eventuale seguito ddl non conclusi. Poi esame del dl sul rilancio del settore agricolo. A seguire le comunicazioni del Presidente del Consiglio dei Ministri sul Consiglio europeo del 25 e 26 giugno 2015 (mercoledì 24, ore 9.30)

E infine la votazione per l'elezione di un componente del Consiglio di Presidenza della Corte dei conti (Votazione a scrutinio segreto mediante schede).

La [commissione Igiene e Sanità](#) riprende i lavori martedì con l'esame del Ddl Biodiversità agraria e alimentare.

In sede referente vi sarà poi l'esame del Ddl 1534 (disposizione di corpi e tessuti post mortem) - illustrazione emendamenti - Rel. sen. Romano. E poi discussione del Ddl 86-1619 (assistenza sanitaria ai senza fissa dimora) - discussione generale - Rel. sen. Mattesini

Mercoledì ci sarà invece l'audizione del sottosegretario **Vito De Filippo** in merito all'esecuzione della normativa per il superamento degli Opg.



Camere con vista

CARLO
BERTINI

Il sogno di metter fuori la politica dalle Asl

È una novità non da poco la rivoluzione nei criteri di nomine dei dirigenti sanitari contenuta nella legge sulla pubblica amministrazione varata dal Senato e ora in commissione alla Camera. Per la prima volta potrebbe nascere un albo nazionale trasparente dove vengono inseriti i nomi di chi ha i requisiti per fare il direttore generale delle asl e delle aziende ospedaliere universitarie. La Commissione Affari sociali manderà questa settimana alla Commissione Affari Costituzionali un parere in cui si chiederà di rafforzare la norma collegandola a un decreto dell'ex ministro Balduzzi per specificare meglio i requisiti di managerialità. L'obiettivo, arduo assai, «sarebbe quello di mettere fuori la politica dalla gestione di Asl e ospedali per evitare la nomina ai vertici delle strutture sanitarie di persone "amiche" di politici regionali con le conseguenze di scandali e malasania, gravi casi di corruzione e sprechi», spiega il responsabile sanità del Pd Federico Gelli. Per valorizza-

re il merito e non l'appartenenza politica il Governo si è mosso in due fasi, la prima nella legge di stabilità dove viene stabilito che a guidare la sanità nelle regioni in difficoltà non siano gli stessi che hanno creato i disavanzi, cioè i governatori, ma un commissario con «comprovata esperienza e professionalità nella gestione sanitaria» nominato dal Consiglio dei Ministri. L'altra rivoluzione dovrebbe essere quella che riguarda la scelta dei direttori generali e dei manager sanitari. La legge Madia stabilisce che non saranno più nominati dalla politica, ma con una selezione che prevede l'istituzione di un nuovo albo nazionale di idonei che tiene conto dei titoli di studio e di carriera, aggiornato ogni due anni. I direttori sanitari e amministrativi invece saranno scelti da appositi elenchi regionali degli idonei, con una selezione per titoli e colloqui. «In questo modo - sostiene Gelli - soprattutto in alcune regioni, chi dovrà gestire aziende sanitarie e ospedali sarà scelto con metodi meritocratici». Sulla legge Madia, collegata alla finanziaria, pendono duemila emendamenti e dalla prima commissione dovrebbe approdare in aula entro i primi di luglio.

PHARMA Le case farmaceutiche negli ultimi anni hanno fatto passi da gigante per prevenire e contrastare malattie degenerative oppure i tumori. Tuttavia le nuove cure costano e i sistemi sanitari rischiano di collassare

Chi sfida l'Alzheimer

di Maria Elena Zanini

La data che segna il punto di svolta nella ricerca contro l'Alzheimer potrebbe essere il 20 marzo 2015 giorno in cui Jeffrey Seigny, direttore medico della Biogen, una tra le più importanti società farmaceutiche del mondo, nel corso della 12ª Conferenza internazionale sulla malattia di Alzheimer e di Parkinson e sui disturbi neurologici correlati, ha presentato a una platea di scienziati, ricercatori e investitori, il farmaco Aducanumab che, seppure in fase sperimentale, ha dimostrato di rallentare sensibilmente il declino cognitivo nei soggetti affetti da Alzheimer. L'entusiasmo della platea (investitori in primis) è stato notevole, ma come ricorda *Fortune*, e come affermano anche alcuni dei ricercatori presenti alla conferenza, occorre mantenere una certa cautela: «è pur sempre Alzheimer» è il mantra ripetuto negli ambienti scientifici.

Il perché è presto detto. Tra i 244 farmaci che le aziende farmaceutiche hanno testato contro la malattia in fase clinica tra il 2002 e il 2012, stando a uno studio del 2014 della Cleveland Clinic (tra i migliori centri ospedalieri degli Stati Uniti e del mondo), solo uno ha ricevuto il via libera della Fda (Food and Drug Administration, l'agenzia Usa preposta alla regolamentazione dei prodotti alimentari e farmaceutici). Quindi il tasso di successo della ricerca scientifica contro l'Alzheimer è un minuscolo 0,4% rispetto al 19% dei farmaci contro il cancro. In tutto, solo cinque farmaci contro l'Alzheimer sono stati approvati e di questi solo quattro sono stati messi sul mercato. Va però precisato che tali farmaci trattano i sintomi della malattia, come la perdita di memoria, non la sindrome stessa. Ma non è scontato che il composto Aducanumab di Biogen

sia la soluzione. Certo, il trattamento ha portato a riduzioni dell'amiloide cerebrale, un tipo di placca che si ritiene svolga un ruolo chiave nello sviluppo dei sintomi dell'Alzheimer, ma lo studio di Biogen (che ha coinvolto solo 166 pazienti) è ancora in una fase preliminare il cui scopo è quello di trovare una dose adeguata del farmaco per valutarne la sicurezza. Troppo presto per trarre conclusioni significative. Una strada simile poi avevano cominciato a intraprenderla, senza successo, anche Eli Lilly, Roche e, in uno sforzo congiunto anche Elan Pfizer e Johnson & Johnson.

Chi invece ha già scommesso sul potenziale del Biogen sono investitori e speculatori. Già il giorno prima che il professor Seigny presentasse le sue conclusioni, gli analisti del Credit Suisse, basandosi su alcuni report concordati di Barclays, Citigroup, e Rbc Capital, avevano stimato che le azioni di Biogen avrebbero potuto salire a 500 dollari per azione, dai 400 stimati meno di due mesi prima. Le azioni della casa farmaceutica di Cambridge, nel Massachusetts, poi arrivate a 428 dollari, erano già salite del 41% dai primi di dicembre, quando la società aveva cominciato a stuzzicare la curiosità degli investitori con i risultati della ricerca sull'Alzheimer, ancor prima di presentarla ufficialmente tre mesi dopo. In questo periodo la capitalizzazione di Biogen ha raggiunto 29 miliardi di dollari. Il senso della ricerca della Biogen, al di là delle speculazioni finanziarie, è quello di agire sulle cause più che sui sintomi della sindrome. Si prevede infatti che la malattia colpirà fino a 75 milioni di persone in tutto il mondo entro il 2030 e senza trattamenti efficaci probabilmente i costi delle cure supereranno 1 miliardo di dollari l'anno. Anche per questo motivo il governo americano tre anni fa ha firmato il National

Alzheimer's Project Act, una legge il cui obiettivo è trovare una cura e una strategia di prevenzione efficaci entro il 2025. In concreto la Casa Bianca, seguendo il piano tracciato dal dipartimento della Salute, ha stanziato 156 milioni di dollari di cui 26 destinati al miglioramento dei servizi di assistenza, la formazione e la sensibilizzazione pubblica.

Curarsi costa, a maggior ragione se i farmaci sono pochi o in fase sperimentale. Per esempio, la spesa a carico di ciascun paziente ammalato di cancro negli Stati Uniti (il cui servizio sanitario non si fa carico dei costi sostenuti dai singoli) si stima in 150 mila dollari, mentre la cifra complessiva ha raggiunto i 100 miliardi di dollari. Ogni anno sono diagnosticati nel mondo 14 milioni di casi di tumore, e otto milioni di persone ne muoiono. In altre parole, i tumori uccidono una persona ogni quattro secondi. Il dottor David R. Gandara, professore dell'Università della California, specializzato nella cura del cancro ai polmoni, ha proposto di sviluppare test clinici in grado di prevedere il tasso di guarigione di una determinata cura sul singolo paziente, sia per migliorare l'effetto della cura, sia per ottimizzare, dai punti di vista scientifico ed economico, lo spettro della ricerca.

Come ha segnalato sul *Financial Times* a inizio mese l'Ims Institute for Healthcare Informatics (un istituto di ricerche in campo sanitario), l'industria farmaceutica è sul punto di lanciare una nuova generazione di molecole per la cosiddetta immunoterapia

che rappresenta il filone di ricerca più promettente dalla scoperta della chemioterapia negli anni Quaranta. Si tratta di cellule che aiutano il sistema immunitario dell'organismo a difendersi contro le cellule tumorali: un cambio di strategia nella lotta contro il cancro che certamente avrà un impatto economico molto rilevante. Tra le case farmaceutiche che spingono in questa direzione ci sono la Merck & Co, Roche, AstraZeneca e Bristol-Myers Squibb, una delle principali aziende farmaceutiche a livello mondiale, basata a New York e quotata al Nyse. A quest'ultima si deve uno dei più recenti successi contro il cancro della pelle e in particolare contro il melanoma, la forma più grave di cancro della cute che pur rappresentando meno del 5% dei casi, è responsabile della maggior parte dei decessi. Alcuni studi hanno dimostrato che la combinazione di Opdivo e Yervoy, entrambi farmaci immunoterapici realizzati da Bristol-Myers, ha portato alla riduzione del tumore nel 52%

dei pazienti sottoposti alla cura, contro il 34% di chi prende solo l'Opdivo e il 5% di chi si cura solo con lo Yervoy. Il timore però è che i sistemi sanitari potrebbero opporsi alla cura a causa degli alti costi: una terapia di un anno di Opdivo costa circa 150 mila dollari, mentre quattro turni di Yervoy ne costano 120 mila.

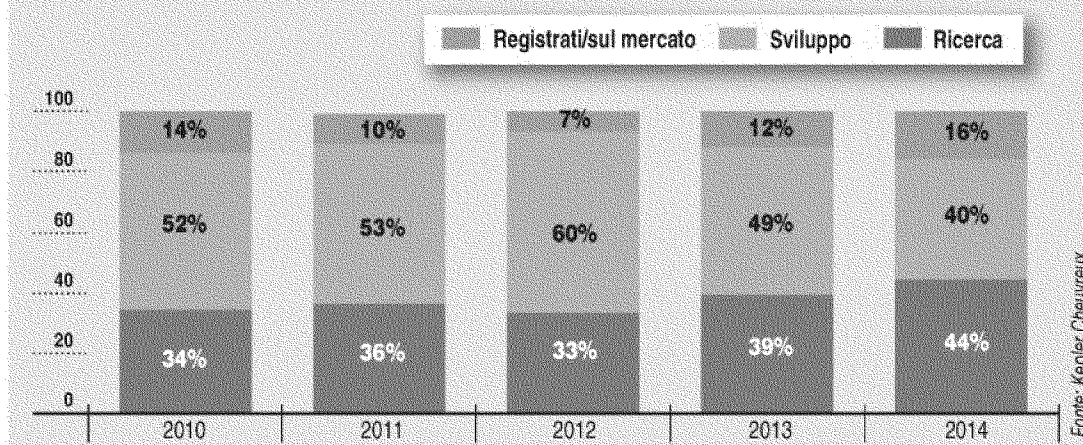
Si stima che i trattamenti di immunoterapia che hanno raggiunto le ultime fasi cliniche siano destinati a diventare entro il 2020 un'opportunità di investimento in un mercato di 25-40 miliardi di dollari, con molte aziende farmaceutiche già in corsa.

Secondo l'ImS, l'incremento futuro dei costi potrebbe essere mitigato da un aumento della competizione fra le aziende farmaceutiche e dall'avvento di farmaci biosimilari, cioè copie a basso prezzo di medicinali biologici per i quali il brevetto è in scadenza. Il governo inglese è già sul piede di guerra: il

servizio sanitario nazionale ha respinto infatti l'Olaparib, farmaco contro il cancro alle ovaie sviluppato da un gruppo di scienziati britannici e messo in commercio da AstraZeneca, ritenuto «troppo costoso»: 4.200 sterline al mese per 11 mesi, la media calcolata per la progressione della malattia.

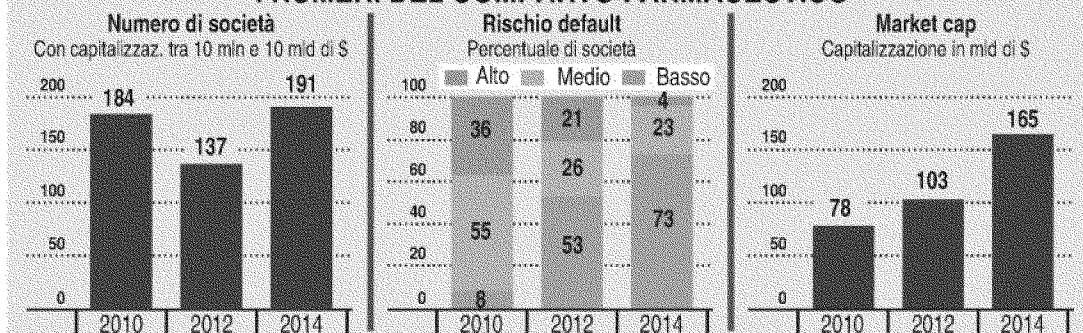
Pascal Soriot, amministratore delegato del gruppo farmaceutico, ovviamente deluso, ha commentato che il Regno Unito è «in ritardo» nella cura del cancro e ha messo in discussione l'impegno di Downing Street: «Come può un governo dire che il Paese deve un centro di innovazione quando un farmaco importante come l'Olaparib non trova un mercato?». Quanto accaduto in Inghilterra evidenzia le tensioni tra le industrie farmaceutiche e i sistemi sanitari nazionali. Il problema è conciliare i bilanci nazionali con i costi dei farmaci in un momento in cui la ricerca sembra indirizzata verso nuovi tipi di trattamenti. (riproduzione riservata)

LA PERCENTUALE DI REALIZZAZIONE DEI FARMACI DALLA FASE DI SVILUPPO



GRAFICA MF-MILANO FINANZA

I NUMERI DEL COMPARTO FARMACEUTICO



GRAFICA MF-MILANO FINANZA

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 22 GIUGNO 2015

Sostenibilità e Ssn. Intervista a Grazia Labate: “Non bastano risparmi e lotta agli sprechi. Per evitare il naufragio occorre governare la spesa privata dei cittadini con i fondi integrativi”

In attesa che la crescita economica possa far tornare a salire gli investimenti occorre lavorare su due piani: rimuovendo i nodi strutturali e ottimizzando il sistema. Ma anche facendoci carico del cambiamento dei bisogni di salute, delle innovazioni, delle polipatologie, dell'invecchiamento. Il sistema preme con una domanda nuova e in questo senso è assurdo che non s'intervenga sulla spesa out of pocket che è arrivata a 33,3 mld. Occorre governarla

“Oltre ad ottimizzare il sistema dobbiamo fare i conti con le novità e il cambiamento dei bisogni di salute, le innovazioni, le polipatologie, l'invecchiamento. Non vale e non basta solo la logica della lotta agli sprechi e non basta il recupero di efficienza. Il sistema preme con una domanda nuova e in questo senso è assurdo che non s'intervenga sulla spesa out of pocket che è arrivata a 33,3 mld. Occorre governarla”. È quanto sostiene l'ex sottosegretario alla Salute e ricercatrice in economia sanitaria, **Grazia Labate** che in questa lunga intervista entra nel vivo nel tema sostenibilità economica e sanità pubblica.

Un nodo che il nostro Ssn non riesce a sciogliere. Labate commenta anche la recente indagine sulla sostenibilità della commissione Igiene e Sanità del Senato e sottolinea: “Il punto non è che il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia, ma che il sistema è sostenibile per quanto ci è dato ed è possibile, se riusciamo a riconfigurarlo secondo un processo condiviso di responsabilità e partecipazione individuale e collettiva”. E in questo senso la ricetta dell'ex sottosegretario è quella di puntare sui fondi integrativi. “Qualcuno si chiede come mai nella contrattazione sindacale il primo benefit richiesto è la tutela della salute? Urge un timoniere o la nave andrà a bagno nella nostra incosapevolezza”. E ai detrattori ribadisce: “Non esiste sistema dove l'integrativo abbia scalzato il pubblico”.

Dottoressa Labate, è in atto un ampio dibattito sulla sostenibilità della sanità italiana con seri rischi per la sopravvivenza del Ssn. Che idea si è fatta?

È evidente che il Ssn esiste ma il punto sono le differenze al suo interno a partire da quelle regionali soprattutto tra Centronord e Centrosud. Una dualità che produce disuguaglianze cui ancora non siamo riusciti a dare risposte, anzi il tutto si è aggravato con la crisi economica a partire dal 2007. Di questo dobbiamo prenderne atto e dobbiamo sempre ricordarci che siamo il Paese europeo con il più alto debito pubblico, con il più basso tasso di crescita, da ormai vent'anni, con un sistema fiscale che è un colabrodo dal punto di vista dell'evasione. Certo ci sono stati i tagli e tutto è più difficile ma in questo periodo di crisi tutti i paesi hanno adottato misure di rigore e soprattutto hanno cambiato l'approccio verso una nuova gestione della spesa pubblica per i sistemi di protezione sociale. E questo si è verificato ovunque sia per i sistemi sanitari misti che per quelli universali. Perciò non mi affascinano i ragionamenti auto compiacenti, che partono dalla stessa liturgia: noi spendiamo meno degli altri paesi europei, il nostro sistema è eccellente e così via. Spendiamo quel che le condizioni generali ci consentono di spendere, spendiamo male, l'eccellenza vi è solo in alcune parti del paese, il diritto alla salute è razionato, con la tassazione regionale e comunale che si è inasprita, paghiamo due volte soprattutto nelle regioni in piano di rientro, in cui non riceviamo servizi adeguati.

In Italia abbiamo avuto il Patto per la Salute che però ad un anno dalla firma stenta a decollare.

Ci avevo creduto nel Patto per la Salute. Detto ciò, però, la maggior parte degli atti sono in ritardo e, soprattutto, la questione delle risorse umane sta pesando molto. Non abbiamo i nuovi Lea, la revisione del

sistema di compartecipazione, un efficace sistema di controllo e non c'è ancora la riorganizzazione territoriale adeguata a mettere al centro il cittadino il suo percorso di cura personalizzato. Ecco, sento un po' sviliti gli strumenti che dovevano dare forza al Patto. Se guardo a questo e getto uno sguardo sui nuovi tagli ovviamente mi preoccupa ancora di più. Il sistema può implodere. La nostra sanità ha dei nodi strutturali irrisolti. Non esiste una programmazione seria delle risorse economiche, umane e delle tecnologie, una politica di investimenti anche a lungo termine. E poi c'è un'elevata inefficienza organizzativa. Margini ci sono, lo ha detto anche il Ministro Lorenzin che si possono recuperare 10 miliardi. Il punto è che a un anno dal Patto non vediamo risparmi reinvestiti ma tagli, dentro una differenziazione territoriale non più tollerabile.

Tornando al tema della sostenibilità recentemente è stata pubblicata l'indagine del commissione Igiene e Sanità del Senato, che è seguita a quella dell'Affari sociali alla Camera. Che ne pensa?

Ho letto le indagini delle due Camere e dico che di per sé è un lavoro prezioso. Ma alla base di tutto c'è un equivoco. La sostenibilità economica è data dalla capacità del sistema paese di produrre e redistribuire le risorse. Mentre la sostenibilità finanziaria del SSN è altra cosa e impatta con dati macroeconomici non positivi per il nostro Paese come le dicevo prima. Ebbene, noto però che intorno a quest'equivoco si annidano anche differenze culturali. Mi ha fatto sorridere poi che nell'indagine del Senato si facesse riferimento alle parole di Roy Romanow del 2002 a proposito delle conclusioni della Commission on the Future of Health Care in Canada: "Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia".

Perché la fa sorridere?

Perché non si tratta di un problema economico (quante risorse sono necessarie), ma si tratta di definire i principi che consentono di specificare i termini della sostenibilità di un sistema sanitario. Un sistema deve essere sostenibile per cosa? Quali tipo di servizi e prestazioni devono essere incluse? Cosa concorre alla sostenibilità del sistema sanitario? Troppo spesso la salute e la spesa per salute sono state considerate solo un tema di sanità, dimenticando gli impatti sul sistema economico e produttivo del Paese. La sostenibilità del sistema sanitario è prima di tutto un problema culturale e politico. La verità è che definiti i principi, il sistema sanitario canadese ha ricevuto da allora il 50% in più delle risorse economiche, ma i molti miliardi di dollari supplementari hanno prodotto molto poco per migliorare i risultati sanitari.

Cioè ci sta dicendo che con il 50% di risorse in più la sanità canadese non è migliorata?

Come riportato dall'OCSE, il Canada è al 7° posto per il costo del sistema, in termini di spesa sanitaria totale pro capite, significativamente al di sopra della media OCSE. Ma il Canada è ben al di sotto della media in termini di risorse disponibili pro capite, come medici, letti ospedalieri, assistenza sanitaria di base, scanner CT, unità di risonanza magnetica. Nella classifica dei risultati sanitari il Canada va dal 5° al 25° posto per indicatori chiave. Ad esempio, il Canada si classifica 13° nella speranza di vita e 18° per la mortalità per neoplasie (che includono il cancro e tumori benigni). Nel 2014, i canadesi, in media, sono di fronte a quattro mesi e mezzo di attesa per il trattamento medicalmente necessario previsto da un medico di medicina generale. Questo tempo di attesa è quasi il doppio del tempo come lo era nel 2002.

Una recente ricerca del Commonwealth Fund dimostra costantemente che il Canada ha più tempi di attesa di un certo numero di altri paesi con l'assistenza sanitaria universale. Ad esempio, nel 2012, il 41% dei pazienti canadesi ha aspettato da due o più mesi per una visita specialistica rispetto a solo il cinque per cento in Svizzera. Inoltre, il 25 per cento dei canadesi ha aspettato per quattro mesi o più per la chirurgia elettiva rispetto ad appena il cinque per cento nei Paesi Bassi. Vi sono anche le analisi dell'OCSE che mostrano che alcune nazioni, Belgio, Francia, Germania, Giappone, Lussemburgo, Paesi Bassi e Svizzera hanno tempi di attesa ragionevoli dettati da linee guida sicure per il paziente.

Lunghi tempi di attesa in Canada sono stati osservati anche per tecnologie di base di diagnostica per immagini, che sono cruciali per determinare la gravità della condizione del paziente. Nel 2013, il tempo medio di attesa per una risonanza magnetica è stato più di 3 mesi, mentre i canadesi che necessitano di una TAC aspettano per quasi 2 mesi. Questi tempi di attesa non sono semplicemente "piccoli inconvenienti".

Cioè?

Per i pazienti l'esperienza del dolore fisico e la sofferenza, l'angoscia mentale, la perdita di produttività economica in attesa del trattamento, diventano anche un aggravio economico costante. Una recente stima (2013) ha rilevato che il valore del tempo perso a causa dei tempi di attesa in Canada è pari a circa 1200 dollari per paziente. Dati recenti della Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo indicano che la quantità di spesa privata per la salute è maggiore in Canada che in paesi simili, come il Regno Unito, Belgio e Nuova Zelanda. La spesa privata per la salute in Canada ha raggiunto 58,6 miliardi di dollari nel 2012, cioè oltre il 30% della spesa totale.

La recente Conference Board, sullo sviluppo sostenibile di salute e sanità, tenutasi nell'ottobre 2014 a Toronto ha messo a fuoco una realtà di crisi esistente nel sistema sanitario canadese, ed ha affrontato alcune "verità

scomode". Il sistema sanitario deve essere trasformato. Il vertice con a capo il ministro della Salute Fred Horne, alcuni dei pensatori più importanti in Canada per la salute della popolazione e la riforma sanitaria hanno affermato: "L'assistenza sanitaria rimane una priorità assoluta per i canadesi, dopo decenni di dibattito, aumenti significativi dei finanziamenti pubblici e tentativi intermittenti di riforma da parte delle giurisdizioni in tutto il paese, occorre imprimere una svolta. Il dibattito sul sistema sanitario ed il suo finanziamento deve affrontare come facciamo un nuovo compromesso nella società e con i cittadini. I costi sanitari sono in aumento del 50 per cento nei bilanci provinciali, i fattori sociali ed economici e i conseguenti comportamenti individuali sono i driver primari. In quanto tale, un dollaro investito nel miglioramento dei fattori economici e sociali che incidono sulla salute della popolazione ha più impatto di un dollaro investito nel nostro sistema sanitario, in particolare quando il sistema rimane focalizzato sull'aspetto delle cure per acuti e le terapie intensive di assistenza sanitaria .

Il sistema per essere "duraturo" non può continuare a fare quello che sta facendo, con maggiori risorse, perché ciò che esiste non porterà alla sua sostenibilità ma solo ad una moltiplicazione dei costi. L'ideologia, ed il peso degli interessi acquisiti, impedisce una reale trasformazione. Dobbiamo scindere la nostra identità e i valori di riferimento, dal dialogo intorno al reale funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria, se vogliamo realizzare un vero cambiamento".

Quindi anche chi ha investito parecchio si pone il problema di trasformare il proprio sistema e ne mette in discussione il funzionamento.

La trasformazione necessaria nell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria e la creazione di una maggiore innovazione e flessibilità del nostro sistema sanitario non deve essere vista come un attacco ai nostri valori. Le risorse pubbliche possono, tuttavia, essere convogliate attraverso meccanismi di erogazione pubbliche o privata (a scopo di lucro e senza fini di lucro) per raggiungere gli obiettivi di assistenza sanitaria della società. La responsabilità pubblica non può essere scissa dalla responsabilità individuale del cittadino sulla propria salute.

Questa riflessione, condivisa, significa che il funzionamento del sistema sanitario non è configurato o azionato in modo da raggiungere la massima efficacia e l'efficienza. Stiamo lottando per offrire moderna assistenza sanitaria nei limiti di più sistemi obsoleti: infrastrutture fisiche, modelli di erogazione dei servizi, incentivi al fornitore, contratti di lavoro, il flusso di informazioni, per citarne solo alcuni.

Il "sistema", come si è sviluppato negli anni precedenti, è stato progettato per proteggere i cittadini finanziariamente quando sono colpiti da eventi sanitari catastrofici, dove si verifica la maggior parte del costo del trattamento a causa di interventi medici acuti che si svolgono in ospedale. E in questo senso il sistema sanitario ha fatto abbastanza bene nel fornire i risultati desiderati per i primi decenni. Ma gran parte delle cure oggi disponibili, che una volta hanno avuto luogo solo negli ospedali può essere consegnato nella comunità e anche in casa. Tuttavia, l'attuale sistema è mal equipaggiato per supportare in modo efficace questa nuova concezione delle cure sanitarie.

Il Sistema Sanitario ha bisogno di questa grande trasformazione e i pazienti dovrebbero avere il potere e la fiducia per guidare questa Change.

"L'assistenza sanitaria dovrebbe mettere meno enfasi sul conteggio del numero degli interventi effettuati e molta attenzione se questi interventi fanno la differenza nella vita dei pazienti. Migliorare la qualità dei servizi di assistenza sanitaria in rapporto al valore crescente dei costi richiede una trasformazione fondamentale, nelle pratiche di lavoro degli operatori sanitari e degli amministratori, nonché delle politiche di incentivi che si mettono in campo. Questo cambiamento nella pratica dovrebbe essere sostenuto dalla misurazione dei risultati e dalla creazione di quadri di responsabilità che legano questi risultati a obiettivi di performance. Gli ospedali non sono come i negozi di riparazione auto, con personale meccanico: i pezzi di ricambio non sono sempre disponibili o non sempre è possibile averli, e i problemi causati da patologie complesse e interconnesse, non possono sempre essere sempre riparati. Inoltre, gli individui e le loro famiglie devono riconoscere che vivere più a lungo comporta un'assunzione di responsabilità individuale con i propri cari, perché tutto non potrà essere fornito dall'assistenza sanitaria pubblica".

Ovvero?

Il punto non è che il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia, ma che il sistema è sostenibile per quanto ci è dato ed è possibile, se riusciamo a riconfigurarlo secondo un processo condiviso di responsabilità e partecipazione individuale e collettiva. Non vorrei che il tema della sostenibilità si riducesse al solo tema etico e culturale o al quanto vogliamo che sia. Nel nostro paese la sanità a base universalistica è legata a stretto giro con crescita e fiscalità ed il Ssn dovrebbe garantire a tutti la stessa opportunità d'accesso. Ma il sistema fiscale la cui pressione non è più agibile al rialzo e basandosi su prelievo irpef in maggioranza, quindi su lavoro dipendente e pensionati, con un forte tasso di evasione ed elusione, rende iniqua nei fatti l'agibilità del sistema negando proprio a chi ne avrebbe bisogno la gratuità e l'accessibilità.

Insomma, riforme al palo e finanziamenti che sono scarsi. Dove arriveremo?

Il Ssn come le dicevo ancora resiste ed esiste, ma ci sono dei nodi strutturali che vanno risolti pena l'accumulo di iniquità e di irrazionalità del sistema: penso al sistema dei ticket dove c'è bisogno urgentemente di una riforma, alle garanzie per uniformità dei trattamenti sanitari, compresi quelli farmacologici e non solo alla triste vicenda legata alla cura dell'epatite C, ma penso al variegato modo di usare i farmaci antitumorali, non solo a quelli di ultima generazione ma agli anticorpi monoclonali per cui è possibile che nella stessa città un ospedale li adoperi ed un altro no per questione di budget.

Del resto faccio una riflessione su quello che accade in altri paesi Ue: in Svezia per esempio si fanno pagare 18 euro ogni volta che si entra in ospedale e noi invece carichiamo tutto su ticket farmaceutici e analisi specialistiche, ed abbiamo un regime unico in tutta Europa, l'intramoenia allargata, che genera iniquità del sistema. Vogliamo parlare poi per esempio dei cesarei e del parto indolore. Il problema è rivedere i costi dei Drg. È evidente che se la tariffa del cesareo è più elevata il sistema per mettere in equilibrio i conti continuerà a fare più cesarei. Per non parlare poi delle iniquità per esempio sull'epatite C dove siamo arrivati al razionamento dei malati. Bisogna dire basta a questo sistema anarchico e renderci conto che la conferenza Stato-Regioni non può solo essere camera di compensazione sulle risorse se non riesce ad essere un elemento di verifica, dell'attuazione e del controllo del sistema. Abbiamo linee d'indirizzo magnifiche ma senza verifiche e controlli, perché poi non si riesce a tirare le fila sul chi fa o non fa, chi merita e chi no e tutto finisce in formali accettazioni o in virtù della conclamata autonomia, a linee di accomodamento, che di fatto ci hanno portato a 21 sistemi regionali salute, ad essere curati con appropriatezza a seconda di dove si risiede, ed oltre a pagare le tasse a spendere circa 33,3 miliardi di tasca propria per accedere con efficienza e tempestività al sistema di cure.

Cosa fare allora?

In attesa che la crescita economica possa far tornare a salire gli investimenti che ci servono occorre lavorare su due piani: da un lato rimuovendo i nodi strutturali. Ma questo non basta, perché sì, c'è margine di recupero, però non mi schiero con chi dice che fatta questa operazione il sistema può andare avanti. Per cui oltre ad ottimizzare il sistema dobbiamo fare i conti con le novità e il cambiamento dei bisogni di salute, le innovazioni, le polipatologie, l'invecchiamento. Non vale e non basta solo la logica della lotta agli sprechi e non basta il recupero di efficienza. Il sistema preme con una domanda nuova e in questo senso è assurdo che non s'intervenga sulla spesa out of pocket che è arrivata a 33,3 mld. Secondo i dati CENSIS. Occorre governarla.

Ma la sanità integrativa stenta a decollare e manca di regole

Vorrei avere una discussione pubblica e franca sul tema. Il Sistema sanitario nazionale costa 111 mld e ci sono spese private per altri 33,3 mld, di cui solo il 13,4% è intermediato da forme collettive di copertura del rischio. Il sistema quindi già si regge sulla spesa privata. Ecco credo che abbia senso parlare di governance anche di queste fonti economiche. È un delitto non affrontare questa partita. Farlo significa darci tempo per la riorganizzazione dei servizi, e non stressare il processo riorganizzativo con la pressione continua della domanda inevasa, i lunghi tempi di attesa e al tempo stesso evitare che si generi una altra forma di iniquità incontrollata, cui però lo stato riconosce una meritorietà attraverso la deducibilità di 3615.20 euro per i contributi versati a fondi, casse e mutue, ponendo una serie di obblighi regolatori cui da oltre 15 anni non si dà attuazione.

I detrattori vedono nella sanità integrativa lo spettro del sistema privato assicurativo...

È una sciocchezza. E non esiste sistema dove l'integrativo abbia scalzato il pubblico. In Francia, la patria dell'assicurazione complementare che convive da molti decenni con l'assicurazione obbligatoria, ci si è resi conto che l'assicurazione obbligatoria non bastava più e addirittura si è potenziato il sistema integrativo obbligando tutti ad avere le polizze complementari. Ecco, se sistemi più strutturati le potenziano noi ci siamo fermati dopo due decreti (Turco e Sacconi). Ma a parte ciò vedo che qualcosa si sta muovendo. Per esempio a fine 2014 l'Asl di Cuneo, CN1, ha stipulato convenzioni in forma diretta con due fondi: Unisalute (che gestisce anche l'assistenza, tra gli altri, per il Fondo Est e Sanarti, con almeno 50 mila iscritti in provincia di Cuneo) e Faschim, fondo specifico per i lavoratori dell'area chimica. Ed è diventata quindi una realtà, presso la più grande azienda sanitaria cuneese, l'attivazione, dal 1 gennaio, di un canale di attività extraistituzionale dedicato, nel quale convogliare le richieste per prestazioni professionali coperte, interamente o parzialmente, da un fondo sanitario integrativo. Molti altri esempi si potrebbero citare dall'istituto tumori di Milano al Policlinico universitario di Verona al policlinico Gemelli di Roma, ecc. Inoltre nel 2014 sono entrati in vigore alcuni nuovi fondi integrativi derivanti dalla contrattazione aziendale e nuove mutue territoriali: Sanarti, Metasalute, Sanifonds, Saninveneto, Sanapi, Fasda, cui si sono aggiunte Mutua ligure, Sms Torino, Fondo Trentino Alto Adige.

E se si proseguirà senza interventi? Anche questa partita rischia di sfuggirci di mano e di dar vita all'ennesimo episodio di frammentazione del sistema?

Il rischio è alto e proprio per questo nel 2006 avevamo deciso di lavorarci, anche perché ci eravamo resi conto delle iniquità esistenti. Ma tutta l'attività regolatoria, di vigilanza e controllo è rimasta nei cassetti, anche se l'ordinamento giuridico che governa questa materia lo impone. Mentre l'adesione ai fondi aumenta in costanza della crisi, e chi è assistito da essi ha potuto meglio reggere l'impatto dei maggiori costi da tickets e i lunghi tempi d'attesa. Qualcuno si chiede come mai nella contrattazione sindacale il primo benefit richiesto è la tutela della salute? Urge un timoniere o la nave andrà a bagno nella nostra incosapevolezza. L'equilibrio può essere raggiunto governando domanda e offerta di salute e chiamando alla responsabilità collettiva non solo una spesa che fino ad oggi è sostenuta singolarmente dai cittadini ma anche quegli oltre 300 fondi sanitari integrativi, le varie forme di mutualità, a fare la propria parte per raggiungere obiettivi salute comuni per tutta la popolazione. Senza un welfare integrato non si governa una domanda di salute sempre più complessa e così permeata da responsabilità individuale e collettiva, cui le sole risorse pubbliche impiegate in una vasta opera di reingegnerizzazione del sistema, da sole non riescono a far fronte contemporaneamente a variabili così complesse come l'allungamento della vita, le fragilità croniche conseguenti, la costosità delle innovazioni scientifiche e tecnologiche. La protezione dal rischio malattia nel 21° secolo ha bisogno di maggiore integrazione e sinergia tra le diverse forme di copertura attualmente esistenti, altrimenti il declino o la consunzione andranno avanti nei fatti.

Luciano Fassari

Ematologia: nuovi approcci nell'era della precisione

21 giugno: X° Giornata Nazionale per la lotta contro leucemie, linfomi e mieloma

Gli specialisti la definiscono "Ematologia di precisione". È il frutto di anni di ricerche e studi che hanno rivoluzionato l'approccio diagnostico e terapeutico alle malattie del sangue e hanno ridato la speranza della guarigione a pazienti che sembravano non averne. Una rivoluzione partita dalla Leucemia Mieloide Cronica, con l'avvento di farmaci in grado di colpire precisi bersagli molecolari e lo sviluppo di tecnologie sofisticate in grado di identificare e "pesare" le alterazioni molecolari delle malattie del sangue. All'ematologia di precisione, ai suoi crescenti successi e alla possibilità di estendere questo approccio anche ad altre forme di malattie del sangue è dedicata la X edizione della "Giornata Nazionale per la lotta contro leucemie, linfomi e mieloma" promossa da AIL, che si celebra in tutta Italia il prossimo 21 giugno sotto l'Alto Patronato della Presidenza della Repubblica. «Precisione in Ematologia vuol dire terapie sempre più mirate, diagnosi sempre più accurate, risposte molecolari sempre più frequenti e so-

stenute nel tempo, prospettive sempre migliori per i pazienti, con guarigione per molti, una lunga sopravvivenza per molti altri e una buona qualità di vita quasi per tutti», dichiara Franco Mandelli, ematologo di fama internazionale e Presidente Nazionale AIL. «La sinergia tra te-

rapie a bersaglio molecolare e diagnostica avanzata si è consolidata nella Leucemia Mieloide Cronica ed è oggi un modello per altre malattie del sangue. A supporto di questo approccio la rete LabNet, eccellenza dell'Ematologia italiana guardata con interesse all'estero, offre a tutti i pazienti la possibilità di accedere a indagini di diagnostica molecolare avanzata». Come ogni anno per la "Giornata Nazionale per la lotta contro leucemie, linfomi e mieloma", gli ematologi saranno a disposizione per fornire consigli e risposte al Numero Verde AIL: 800.226.524, venerdì 19 giugno. Tutte le informazioni sulle iniziative e gli incontri promossi dalle sezioni AIL in occasione della Giornata sono disponibili sul sito www.ail.it. (E. SER.)



Il software dei ragazzi autistici «Così impariamo a comunicare»

Un avatar per leggere le emozioni del volto. «Einstein e Jobs erano come noi»

La storia

L'AQUILA «Avevano il nostro stesso problema geni come Einstein, Steve Jobs e Alan Turing» attacca Stefano, 22 anni. «Rispetto a tutti gli altri, noi abbiamo un livello di percezione diverso» aggiunge Federico, 19. «Non è facile, ma dobbiamo lavorare perché ognuno di noi possa avere una vita normale» chiude Massimo, trentenne.

Vivono in Abruzzo, sono tutti diplomati: il primo all'istituto per programmatori, il secondo alla scuola alberghiera, il terzo allo scientifico. E sono autistici. Affetti da quella che una volta era conosciuta come sindrome di Asperger e oggi è classificata come autismo ad «alto funzionamento».

Un disturbo che influisce su alcune capacità cognitive e, a causa della difficoltà a interpretare gli stati d'animo e il pensiero altrui, impedisce di avere relazioni «normali» con il mondo.

È proprio questo che ha spinto i ragazzi — sotto la guida del team di Neuroscienze dell'Università dell'Aquila diretto da Monica Mazza e del Centro di riferimento regionale per l'autismo coordinato da Marco Valenti — a elaborare un software per aiutare le persone con i loro stessi problemi a capire meglio gli altri e quindi a interagire più facilmente.

«Il programma riproduce in sequenza, sul volto di un Avatar in 3D al quale a breve daremo anche la parola — spiega Federico —, le diverse espressioni del viso: rabbia, gioia o sorpresa. Osservando le immagini, chi soffre di autismo come noi può imparare a leggere i volti e i sentimenti di chi si trova davanti». Insomma, uno strumento per adattarsi più facilmente alla realtà.

Il progetto — ancora in via di sperimentazione — è il primo in Italia e tra i primi in Europa a

essere stato messo a punto e testato da giovani autodidatti affetti in prima persona da questo disturbo. Nei giorni scorsi il programma è stato presentato all'Aquila in occasione di un convegno a cui hanno partecipato medici ed esperti internazionali.

Massimo, diplomato al liceo scientifico, proprio grazie a questo progetto è riuscito a venire fuori dal suo isolamento. «Dopo il diploma — racconta nella sede del team di Neuroscienze — mi sono iscritto all'università, a Parma, e sono stato lì per cinque anni. Ho cambiato varie facoltà, da Lettere a Economia. Ma poi ho interrotto gli studi e sono tornato nella mia città».

Non è facile per lui, come per tutti gli autistici, avere relazioni stabili con i suoi coetanei o con persone che hanno interessi simili ai suoi. «Il lavoro che stiamo facendo insieme mi permette di incontrare altri ragazzi e, nello stesso tempo, essere d'aiuto a chi ha i miei stessi problemi».

La professoressa Monica Mazza ricorda di quando lo ha conosciuto: Massimo non usciva di casa da qualche anno e i genitori erano estremamente preoccupati. Per lui, invece, una volta fatta l'abitudine e preso quel ritmo, l'esistenza scorreva normale, scandita da una grande passione: il computer e le piattaforme «open source» di scambio delle informazioni. «Ho iniziato a studiare Informatica da autodidatta, senza seguire alcun metodo standard ma facendomi guidare semplicemente dall'esigenza di trovare strumenti e soluzioni

migliori» racconta. Così, il passaggio al progetto degli Avatar è stato facile.

Lì ha conosciuto Federico, che ora è un suo amico. Appassionato di musica di tutti i generi, «dalla classica all'heavy metal», sensibile e curioso, ironico. Rivolge lo sguardo a Massimo, fa una pausa e, con una punta di invidia, ammette: «Con lui faccio il progetto, ma spero anche, sfruttando il suo fascino, di conoscere qualche ragazza carina...».

Le risate stemperano la tensione iniziale. E Federico confessa il desiderio più grande: «L'integrazione fra noi e gli altri, fra "neuro-atipici" e "neuro-tipici", il poter condurre finalmente una vita normale e appagante». Lo psicologo australiano Tony Attwood, il più grande esperto di sindrome di Asperger, era convinto che ragazzi come lui «non soffrono a causa della sindrome, ma a causa delle persone che li circondano».

L'ultimo a parlare di sé è Stefano, il coach del gruppo, il motivatore. «Loro sono i programmatori — dice — ma senza di me, che li sostengo sempre, non farebbero nulla». Alla presentazione manca Francesco, è impegnato negli esami di maturità al liceo linguistico ma è come se fosse qui con gli altri compagni. Anche lui fa parte dell'«avatar team» e tutti ci tengono a ricordarlo.

La rete di «mutuo sostegno» fra i quattro è indistruttibile. E vale forse più del progetto che li aiuterà a brevettare il software e in futuro, se tutto andrà bene, a creare tramite uno *spin off* universitario un'azienda vera e propria che impieghi altri ragazzi affetti da autismo.

Nicola Catenaro
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli esempi



Le immagini sopra sono quelle elaborate dai ragazzi autistici abruzzesi attraverso un avatar: rappresentano, dall'alto, rabbia, tristezza e gioia

Il commento

Quel viso che ci dice se siamo compresi

di **Fulvio Ervas**

Perché sorridiamo a pochi centimetri dagli occhioni dei nostri amatissimi neonati? Cosa dice il volto? Che proviamo emozioni e che emergono alla nostra superficie come segnali, bandiere colorate fatte di lacrime, sorrisi, ira, stupore, perfino disinteresse. E noi, sin da piccoli, ci immergiamo in quel linguaggio espressivo che ci guida a stabilire contatti con gli altri, a decifrarne il mondo interiore, a comprendere quanto le nostre azioni abbiano viaggiato sino ad arrivare agli altri. Il volto degli altri ci dice se siamo compresi. Nella mente autistica questa capacità di decifrare volti ed espressioni è modificata fortemente. Così il volto, megafono che annuncia l'emotività degli altri, pare silenzioso o troppo rumoroso. Eppure, grazie a un'invenzione (chiamiamola così, che è bello) di un gruppo di ragazzi, straordi-

narie persone prima che autistici ad alto rendimento, è possibile far apprendere a soggetti autistici cosa racconta il volto e il mondo potrebbe, per loro, avere meno gomitoli attorcigliati. Insomma, discutendo, pensando, sperimentando, utilizzando le potenzialità delle stesse persone con autismo, si sta componendo un mosaico di azioni che mirano a rendere meno complicata la relazione tra questi mondi. Non il silenzio, non il disinteresse, ma la rete di confronti, informazioni, esperienze, studi, la tenacia di genitori, parenti e professionisti che quotidianamente lavorano con soggetti autistici, questa è la strada per alleggerire le nebbie della sindrome. Forse un giorno faremo passi avanti sulla comprensione delle cause dell'autismo. Forse qui bisognerà impegnarsi di più. Ma agire sull'intensità degli effetti è certo una buona notizia. Perché un obiettivo di vita migliore è sempre una buona notizia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

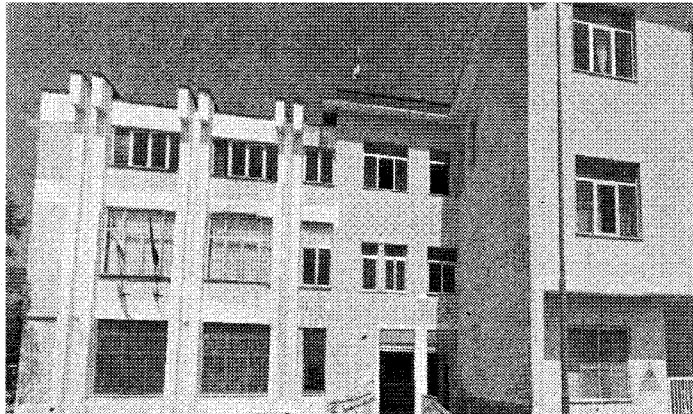
Notizie dalle Province



I SINDACI DI BOSCOTRECASE E BOSCOREALE HANNO CHIESTO IL RIPRISTINO DELLA SEDE DELL'ASL

Esenzione ticket, due città in attesa di risposta

BOSCOTRECASE (es) - Due città attendono una risposta. Il tutto dopo la protesta dei sindaci di Boscoreale e Boscotrecase per l'improvviso spostamento da Boscotrecase a Torre Annunziata dello sportello del servizio esenzione ticket disposto dall'Asl Na3 Sud, che penalizza un bacino d'utenza di circa 45mila cittadini. Con una nota a firma congiunta, indirizzata al commissario straordinario e al responsabile del servizio assistenza distrettuale dell'Asl Na3 Sud, i sindaci di Boscoreale **Giuseppe Balzano** e



quello di Boscotrecase, **Agnese Borrelli**, nel raccogliere le rimostranze pervenute da tanti cittadini, rilevando di "non conoscere appieno le motivazioni e il contesto in cui è maturata tale decisione, che allo stato attuale sembra azzardata in quanto penalizza una platea di utenti portatori di evidenti gravi disagi psicofisici ed economici", hanno chiesto di ripristinare il servizio esenzione ticket nella sede distaccata di Boscotrecase.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

● **BOSCOTRECASE**

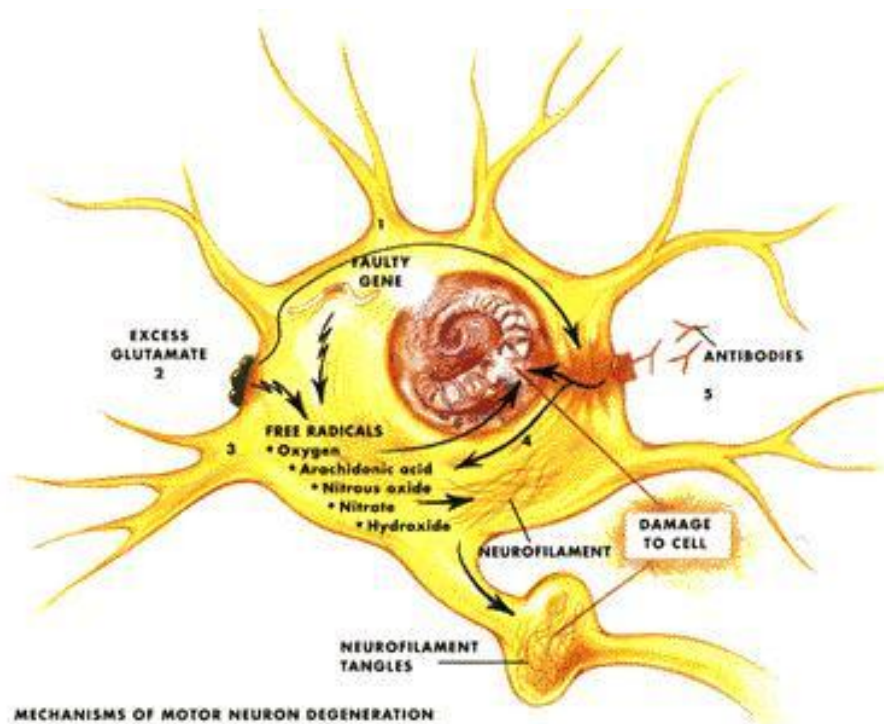
Petizione dei cittadini per poter pagare il ticket in ospedale

BOSCOTRECASE. «Non è consentito pagare il ticket presso il Centro Unico Prenotazioni (C.U.P.) dell'ospedale ma occorre rivolgersi in farmacia o in tabaccheria pagando fino a 2 euro in più». È quanto hanno segnalato numerosi degenti e visitatori del nosocomio di Boscotrecase al "Tribunale del Malato" che fa parte della rete dell'Associazione Cittadinanzattiva. Oltre 600 firme raccolte a sostegno di una petizione indirizzata al Commissario straordinario dell'Asl Napoli 3 sud, al direttore amministrativo e direttore sanitario dell'ospedale di Boscotrecase nonché al sindaco della città. «Il nosocomio è privo di un "totem" per il pagamento in sede e senza oneri aggiuntivi del ticket – continua la lettera – Ne consegue un defaticante, ingiustificato, inutile ed illogico aggravio di spese a carico, soprattutto, di chi parte da posizioni svantaggiate».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Lunedì 22 GIUGNO 2015

Sindrome di Down: la corteccia cerebrale risulta più spessa in varie regioni del cervello. Ecco lo studio

Mediante analisi di imaging cerebrale a risonanza magnetica (MRI) condotte su 76 bambini, emerge che i piccoli con sindrome di Down hanno una corteccia cerebrale più spessa rispetto a quelli che non presentano tale sindrome. Questo maggiore spessore potrebbe anche avere un collegamento con il rischio di Alzheimer in età avanzata. Lo studio su Cerebral Cortex

Lo spessore della corteccia cerebrale potrebbe essere un elemento 'chiave' per comprendere meglio lo sviluppo cerebrale nelle persone con sindrome di Down: lo afferma uno studio scientifico condotto dalla Drexel University, che ha individuato nel maggiore spessore della corteccia cerebrale dei bambini con sindrome di Down un segno distintivo di questa sindrome. Lo studio è stato [pubblicato](#) su *Cerebral Cortex*. Secondo i ricercatori, il risultato potrebbe anche fornire indizi sul perché individui con questo disordine del neurosviluppo sono statisticamente più soggetti a sviluppare l'Alzheimer in età avanzata.

Lo studio è stato condotto da **Nancy Raitano Lee** (PhD, assistant professor alla Drexel University e psicologo presso College of Arts and Sciences di Drexel) in collaborazione con i colleghi del National Institute of Mental Health, che hanno utilizzato l'imaging cerebrale a risonanza magnetica MRI. Questa tecnica, una delle più diffuse nell'ambito della generazione delle immagini, è stata impiegata per visualizzare la corteccia cerebrale di 31 bambini con sindrome di Down, confrontandola con quella di 45 piccoli non affetti da questa sindrome. La corteccia cerebrale ha uno spessore di solito compreso tra 2 e 4 millimetri e rappresenta lo strato più esterno del tessuto del cervello: tra i vari compiti, questo strato è coinvolto in processi sensoriali e cognitivi importanti per il funzionamento del cervello.

I ricercatori sottolineano che la sindrome di Down costituisce la più diffusa causa genetica di disabilità cognitiva e si sono orientati verso lo studio dello sviluppo del cervello nei bambini con questa anomalia proprio perché, come spiegano gli autori, sorprendentemente sono ancora poche le conoscenze in questo settore rispetto alla sindrome di Down.

I risultati dello studio hanno mostrato che il volume della corteccia cerebrale (e anche la superficie della corteccia, che rappresenta un componente del volume totale) è risultato mediamente inferiore nei bambini con sindrome di Down rispetto a quelli che non avevano la sindrome; al contrario, ciò che ha sorpreso i ricercatori è stato il fatto che in diverse aree del cervello lo spessore della corteccia cerebrale è risultato superiore nei bambini con sindrome di Down rispetto a quelli non affetti dall'anomalia cromosomica. "Il volume è una misura complessiva che nella corteccia può mascherare differenze tra lo spessore e la superficie", ha spiegato Lee. "Abbiamo voluto approfondire le differenze tra il cervello di un individuo con sindrome di Down rispetto ad uno sviluppo cerebrale tipico, così abbiamo misurato la superficie e lo spessore della corteccia, che entrambi contribuiscono al volume corticale ma sono determinati da fattori genetici differenti".

Le cause alla base dell'aumento dello spessore corticale restano ancora incerte, secondo i ricercatori, che hanno però avanzato un'ipotesi in base alla quale gli individui con sindrome di Down non 'soltiscono' le connessioni neurali in eccesso, un processo che avviene sia durante l'infanzia che nell'età adulta e che è importante per il raggiungimento della maturità cognitiva.

Inoltre, i ricercatori hanno osservato che alcune delle regioni cerebrali che presentavano un maggiore spessore corticale ci sono i nodi della cosiddetta rete di 'Default Mode Network', un vero e proprio network cerebrale che si attiva durante il riposo e che è risultato in studi precedenti associato a malattie

neurodegenerative come l'Alzheimer: a causa di questa associazione, secondo la Professoressa Lee, le differenze cerebrali tra la presenza e l'assenza della sindrome di Down potrebbero rappresentare un indicatore precoce di suscettibilità all'Alzheimer in età avanzata.

Lee spera che questo risultato possa mettere in luce l'importanza della corteccia cerebrale per la comprensione dei processi alla base dello sviluppo della sindrome di Down e sottolinea che sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere il collegamento tra le anomalie genetiche e le anomalie cerebrali, comprensione che potrebbe portare allo sviluppo di nuovi approcci terapeutici per la disabilità intellettuale.

La sindrome di Down, che colpisce circa un bambino ogni 1000-1100 nati, è un'anomalia cromosomica che consiste nella presenza di una terza copia del cromosoma 21. Quest'anomalia prevede un deficit nelle diverse strutture cerebrali nella generazione di neuroni, molto ridotti in numero, che a sua volta comporta le disabilità cognitive note: la sindrome è associata ad un ritardo cognitivo e nella crescita fisica e a un particolare insieme di caratteristiche del viso. È importante sottolineare che attraverso il supporto familiare e socio-sanitario "una persona può raggiungere una qualità di vita ottimale", come si legge sulla pagina ufficiale del *World Down Syndrome Day*, [celebrato](#) lo scorso 20 marzo.

Viola Rita

Scompenso cardiaco, le nuove frontiere della scienza

Folta rappresentanza da Napoli al convegno che si è appena concluso. Presentato farmaco innovativo

NAPOLI. Si è da poco concluso a Siviglia il secondo congresso europeo sullo scompenso cardiaco acuto, nell'ambito del simposio sull'insufficienza cardiaca cronica della Società europea di cardiologia, che ha visto la partecipazione di oltre 4.500 delegati da almeno 70 Paesi e una folta rappresentanza di specialisti napoletani capitanata dal professor Antonio Cittadini e dal dottor Andrea Salzano. L'evento è di gran lunga il più importante sullo scompenso cardiaco cronico, una patologia che, solo in Europa, colpisce dal 2% ad oltre il 10% della popolazione, aumentando con l'età. Purtroppo, non vi sono ancora terapie efficaci,

per cui la mortalità rimane molto elevata, circa il 20% ad 1 anno, e il 50% a 5 anni, paragonabile a quella delle patologie tumorali. Questo è il motivo dell'interesse internazionale per il convegno dove sono state presentate molte novità dal punto di vista diagnostico e terapeutico.

È stata ad esempio posta molta attenzione nel rapporto tra mente e cuore: sono stati presentati infatti, per quanto riguarda le depressione e la funzione cognitiva, due importanti studi dall'UK e dal Giappone, che hanno evidenziato come la presenza di depressione aumenti di 5 volte il rischio di mortalità nello scompenso, e

come il deterioramento cognitivo possa peggiorare la prognosi dei pazienti scompensati. Un altro grande studio statunitense ha poi dimostrato come l'obesità e disordini dell'umore aumentino il rischio di cardiomiopatia peripartum, una temibile complicanza cardiaca della gravidanza.

Sul fronte terapeutico in particolare si attende con ansia l'uscita di un nuovo farmaco, per ora chiamato con una sigla (LCZ696), primo di una nuova classe di farmaci chiamati ARNI (Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor, inibitore del recettore dell'angiotensina e della neprilisina) che appare molto promettente.

Cuore

Ecco la valvola che salva la vita

GINA KOLATA

HERBERT Auspitz, 93 anni, è un sopravvissuto. Soffriva della letale stenosi valvolare aortica, ovvero il restringimento della valvola che controlla il flusso del sangue pompato dal cuore. Male incurabile che non si può prevenire. Pochi anni fa sarebbe morto, invece è sopravvissuto grazie alla sostituzione della valvola, un metodo appena approvato dalle autorità federali, pensato proprio per coloro che non sono nelle condizioni di affrontare un'operazione a cuore aperto.

Il fatto è che nell'ultimo decennio il numero di vittime di attacchi cardiaci si è ridotto, ma il numero di decessi per insufficienza cardiaca causata da malattie della valvola aortica è salito del 35%, perché, nel frattempo, è aumentato il numero di persone che vivono abbastanza a lungo da svilupparle. La nuova tecnica,

Un metodo definito rivoluzionario in cui viene superato il restringimento dell'aorta

chiamata TAVR — che sta per «sostituzione di valvole aortiche transcateretere» — funziona proprio su questi casi, prolungando l'aspettativa di vita riducendo il numero di decessi legati al restringimento delle valvole. Il metodo è semplice: una valvola fatta con cuore di mucca viene ripiegata e infilata dentro un catetere, che poi viene inserito in un vaso sanguigno passando dall'inguine. Quando il catetere raggiunge la base dell'aorta il medico apre un palloncino che gonfia la valvola. La vecchia valvola rimane, semplicemente spinta di lato dalla nuova. I pazienti rimangono svegli tutto il tempo, sottoposti solo a leggera anestesia. Vi si è sottoposto anche l'ex segretario di Stato Henry Kissinger, 92 anni: «Il cardiologo mi ha detto che senza questo tentativo sarei finito su una sedia a rotelle col 50% di probabilità di morire entro un anno», racconta. L'intervento, secondo l'anziano politico è

stata molto meno debilitante dell'operazione di bypass a cuore aperto cui si era sottoposto in passato.

Per il momento i dati sulla durata delle valvole riguardano 5 anni e l'efficacia della procedura è dimostrata solo sui pazienti gravi, che hanno più di 80 anni e un'aspettativa di vita tra i 5 e i 7 anni. Ora bisogna capire la durata delle valvole per i pazienti a rischio intermedio, che hanno fra i 70 e gli 80 anni e un'aspettativa di vita di almeno 15 anni. C'è poi un problema: le valvole tendono a "perdere" lungo il bordo. Inoltre è molto costosa. Ciò nonostante l'entusiasmo è alle stelle. C'è voluto il concorso di più teste e 20 anni di sforzi per arrivare a questa innovazione rivoluzionaria.

L'idea venne nel 1989 al cardiologo danese Henning Rud Andersen dell'Università di Aarhus dopo aver sentito parlare di stent da aprire con palloncini. Comprò cuore di maiale dal macellaio, ne estrasse la valvola aortica, la montò a mano in uno stent metallico da lui realizzato. Mise un palloncino sgonfio dentro la valvola e la compresse con le dita. Fabbricò anche un catetere mettendo la valvola compressa a un'estremità. Poi la inserì dentro un maiale.

Intanto in Francia il dottor Alain Cribier, cardiologo dell'ospedale Nicolle di Rouen, ebbe un'idea grosso modo simile. Aveva fama di innovatore e pensò che non sarebbe stato difficile trovare un'azienda che lo finanziasse. «Invece fu un fallimento. Negli Stati Uniti, in Europa e in Giappone tutti avevano come consulenti dei chirurghi: e questi pensavano che il metodo era impossibile». Creò comunque una sua società, la Pvt.

Passarono due anni: Cribier aveva fatto molta pratica inserendo valvole aortiche nelle pecore quando un uomo di 57 anni arrivò al suo ospedale moribondo. Era in condizioni disperate. Un intervento chirurgico era impossibile. Le autorità francesi gli diedero così il permesso di tentare l'intervento su di lui e su pazienti con un'aspettativa di vita di massimo due settimane. I casi dispe-

rati. Ne operò 45, tutti anziani, prolungando la vita di 38: uno sopravvisse addirittura altri 6 anni. Ma la procedura era pericolo-

Il procedimento per ora è destinato agli over-80: mercoledì scorso il sì dalle autorità federali

sa, il rischio di danneggiare il cuore elevatissimo. Ciò nonostante, nel 2004, la Pvt fu acquistata dalla Edwards Lifesciences per 125 milioni di dollari e il metodo introdotto negli Usa dove venne ripensato. La Edwards Lifesciences realizzò nuovi cateteri in grado di arrivare al cuore attraverso l'arteria femorale. La sperimentazione su vasta scala iniziò nel 2007 e ottenne l'approvazione per i pazienti non operabili. Su questi la sostituzione della valvola con il metodo Tavr ha ridotto il tasso di mortalità del 20% nel primo anno. Mercoledì scorso l'organismo federale che autorizza nuovi farmaci e procedure mediche negli Usa ha approvato la nuova valvola della Edwards Lifesciences per i pazienti ad alto rischio.

(© 2015 New York Times
News Service
Traduzione Fabio Galimberti)

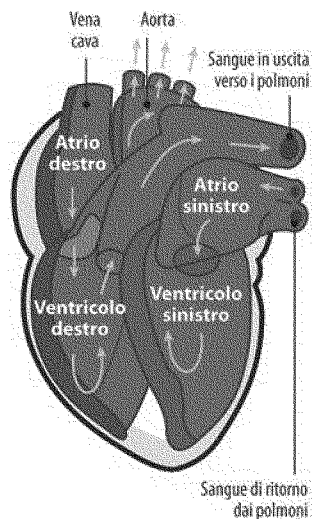
Operazioni più semplici, prospettive di sopravvivenza allungate: la nuova tecnica arriva dagli Usa

APPROVATA
La Food and Drug Administration ha approvato mercoledì scorso una nuova procedura

Il nuovo metodo

IL CUORE

- è un muscolo formato da quattro camere: 2 atri e 2 ventricoli
- Tra gli atri ed i ventricoli si trovano delle **valvole** che hanno il compito di regolare il flusso del sangue
- Il cuore pompa sangue in tutto il corpo, rifornendo di ossigeno organi fondamentali come cervello e reni

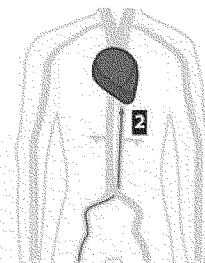


COS'È LA TAVR

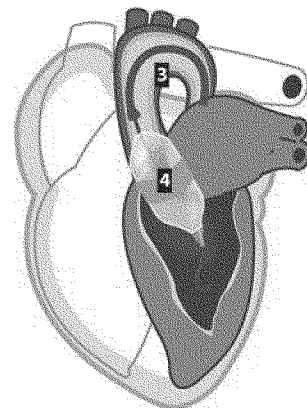
- TAVR, intervento di sostituzione di valvola aortica transcateretere, serve a **sostituire una valvola aortica ristretta** che non riesce ad aprirsi (stenosi aortica) ostacolando il flusso di sangue che va dal cuore al corpo

LA PROCEDURA

- 1 Una **valvola aortica artificiale**, fatta da tessuto cardiaco bovino, viene preparata per andare a sostituire la valvola danneggiata (senza operazioni a cuore aperto)
- 2 I medici accedono al cuore attraverso un **vaso sanguigno della gamba** o una **piccola incisione nel petto**



- 3 Un **tubo (catetere) viene inserito attraverso il punto di accesso** e da qui la **valvola**, compressa, portata fino al cuore



- 4 All'interno della valvola c'è un palloncino sgonfio che, una volta in posizione, viene fatto espandere per permettere alla valvola di posizionarsi

la vecchia valvola malfunzionante viene schiacciata sulla parete dell'aorta

FONTE NYT,
INFORMAZIONIMEDICHE.COM

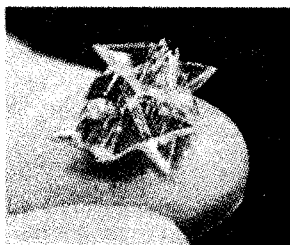
M.G.

ROBOTNEWS

di Francesca Tarissi

Ecco il micro automa che "riparerà" l'uomo

Si auto compone, poi, corre via lungo percorsi accidentati, evitando ostacoli, scalando pendii, nuotando e, se necessario, trasportando carichi del doppio del suo peso. Alla fine della sua strada, si dissolve in acqua, realizzando così un intero ciclo di "vita". Sviluppato dai ricercatori del Massachusetts Institute of Technology, il nuovo micro robot origami è una piccola e leggera creatura composta da un foglio in materiale plastico, che si piega lungo dei segni marcati a una temperatura di 65 °C, e un magnete fisso sul dorso. I movimenti sono controllati attraverso campi magnetici esterni. Gli scienziati contano che, in futuro, robot di questo tipo bio-compatibili e di dimensioni più ridotte, potranno essere utilizzati per "riparare" il corpo umano direttamente dall'interno, eseguendo interventi di chirurgia guidati in remoto e dissolvendosi come punti di sutura.
(francesca.tarissi@tiscali.it)



© RIPRODUZIONE RISERVATA