



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Trasferimenti, decessi e Rsa in aumento

Nel 2012 ci sono 3.744 decessi in più del 2011 tra i ricoveri ospedalieri per acuti. In tutto sono 216.475, il 3,2% delle "dimissioni ospedaliere". E calano in sei Regioni (nell'ordine Liguria, Molise, Marche, Friuli V.G., V. d'Aosta e Sardegna), ma aumentano anche in modo consistente in altre, Lazio in testa con 984 decessi in più del 2011 su 21.319 totali del 2012, seguito dalla Lombardia che ne ha 796 in più, ma su 37.591 totali e dalla Sicilia con 754 in più sui 10.310 complessivi.

Il quadro delle "modalità di dimissione" per il 2012 tracciato dalle Sdo conferma l'aumento della complessità dei ricoveri per acuti e infatti le dimissioni ordinarie a domicilio (l'87,6% di tutte le dimissioni) sono in calo di -228.805 unità, men-

tre aumentano appunto i decessi, i trasferimenti ad altri istituti (820 in più e sono in tutto 141.320) e le dimissioni in Rsa (4.462 in più su un totale 2012 di 61.452). In aumento anche i trasferimenti in altri reparti dello stesso istituto e istituti di riabilitazione e le dimissioni a cui segue l'assistenza domiciliare integrata.

A ridursi invece sono anche le dimissioni protette a domicilio con ospedalizzazione domiciliare e le dimissioni volontarie.

A livello di singole Regioni, il maggior numero di trasferimenti in Rsa (in aumento) è dell'Emilia Romagna con 13.087 dimissioni (oltre il 21% di tutte quelle di questo tipo a livello nazionale) e la Regione ha anche il primato di Adi con

8.549 dimissioni (circa il 29% del totale nazionale). L'ospedalizzazione domiciliare è maggiore in Toscana con 3.807 casi (il 23% del totale), mentre a inviare di più i ricoverati negli istituti di riabilitazione è la Lombardia: 32.591 nel 2012, oltre il 30% del totale nazionale.

Infine il dato sulle dimissioni volontarie. A usufruirne di più sono i ricoverati campani: le hanno chieste in 23.952 nel 2012, il 17% circa del totale nazionale.

Distribuzione delle dimissioni per Regione di ricovero e modalità di dimissione - Attività per acuti in regime ordinario (2012 e confronto con il 2011)

Regione	Deceduto		Dimissione ordinaria a domicilio		Dimissione ordinaria in Rsa		Dimissione protetta con ospedalizzazione domiciliare		Dimissione volontaria		Trasferimento ad altro istituto per acuti		Trasferimento ad altro regime di ricovero nello stesso istituto		Trasferimento a Istituto di riabilitazione		Dimissione ordinaria con Adi	
	Numero	Diff. con 2011	Numero	Diff. con 2011	Numero	Diff. con 2011	Numero	Diff. con 2011	Numero	Diff. con 2011	Numero	Diff. con 2011	Numero	Diff. con 2011	Numero	Diff. con 2011	Numero	Diff. con 2011
Piemonte	17.902	29	396.268	-10.843	8.492	292	737	81	5.375	-197	10.661	505	13.126	37	19.881	713	1.893	27
V. d'Aosta	609	-60	13.020	610	571	-31	18	-8	336	5	293	9	72	58	329	69	47	-27
Lombardia	37.591	796	1.046.273	-30.425	8.645	463	924	74	11.390	-988	20.634	-54	31.250	3.719	32.591	1.345	3.081	184
Pa Bolzano	1.588	139	56.867	-2.752	1.818	233	121	-86	657	-7	2.835	54	1.714	-3	1.938	234	630	370
Pa Trento	1.625	16	40.714	-1.212	1.459	78	150	-7	526	12	3.267	225	903	109	2.538	88	418	111
Veneto	21.132	402	414.936	-15.666	5.833	885	470	-76	3.635	-144	7.906	178	3.605	61	16.244	1.505	3.023	398
Friuli V.G.	7.224	-107	124.304	893	5.330	114	123	-6	777	-109	2.585	-29	890	158	1.081	-119	1.100	25
Liguria	9.532	-501	146.987	-7.963	5.639	58	1.596	781	4.329	23	3.793	-531	4.283	970	2.915	827	162	49
Emilia R.	20.524	40	494.988	-17.990	13.087	835	-	-	6.350	35	15.381	309	1.879	24	8.174	203	8.549	503
Toscana	16.208	179	386.820	-12.633	2.805	548	3.807	456	4.950	-357	8.558	181	1.046	201	4.149	-32	6.062	914
Umbria	3.870	115	107.175	-2.476	711	39	990	47	2.355	-217	1.461	24	289	40	644	80	743	54
Marche	6.905	-120	158.099	-9.623	1.471	101	1.904	-398	1.365	-371	4.398	-149	1.779	-39	961	88	292	64
Lazio	21.319	984	585.563	-11.248	-	-	-	-	22.046	1.608	23.952	464	5.846	615	7.242	1.306	-	-
Abruzzo	5.490	59	127.727	-6.544	1.251	27	2.593	144	4.794	-260	2.410	-95	2.836	344	1.868	525	581	-56
Molise	1.300	-161	35.675	-3.633	4	-6	13	-5	1.723	-49	883	56	854	62	83	2	67	-16
Campania	11.005	314	544.217	-19.843	322	45	408	-175	52.642	-600	9.517	456	921	-3	652	-130	519	205
Puglia	9.710	398	461.093	-33.870	513	-10	90	-41	22.184	-972	5.828	-30	3.054	97	1.153	-11	96	-3
Basilicata	1.734	71	49.624	-4.131	137	32	1.438	-86	1.992	-51	1.011	-104	213	22	322	-15	92	-54
Calabria	4.636	439	164.416	-16.667	265	-62	254	164	11.376	-1.041	2.933	-203	162	22	295	52	56	-49
Sicilia	10.310	754	467.158	-14.710	1.685	585	608	-848	29.406	-442	8.187	-143	4.213	500	2.660	500	1.645	1.118
Sardegna	6.261	-42	172.007	-8.079	1.414	236	261	-66	5.974	-386	4.546	-303	1.351	345	1.810	335	460	163
Italia	216.475	3.744	5.993.931	-228.805	61.452	4.462	14.505	-55	194.182	-4.508	141.039	820	80.286	7.339	107.530	7.565	29.516	3.980

Lorenzin: «Aiuterò la Campania, ok a rivedere il riparto dei fondi»

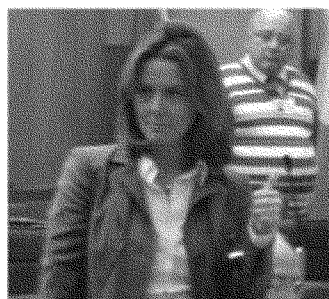
Il ministro della Salute: «Caldoro ha risanato il settore. Ora bisogna potenziare i Lea»

DI **PIERLUIGI FRATTASI**

NAPOLI. «Entro marzo chiuderemo sul Patto della Salute. Siamo disponibili a rivedere i criteri del riparto del fondo sanitario tra le regioni. Oggi si considera solo il livello di anzianità della popolazione, ma una regione come la Campania ha oggettive problematiche, come la prevenzione sull'infanzia e sui giovani, che devono essere prese in considerazione». Ne è convinta il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin (nella foto), ieri a Napoli per un'iniziativa politica, che risponde, così, all'appello lan-

ciato dal governatore Stefano Caldoro ad una più equa ripartizione del fondo. La Campania, infatti, è una regione anagraficamente giovane, mentre i criteri di riparto attualmente avvantaggiano le regioni con più anziani. Lo Stato spende per un cittadino campano anche 70 euro in meno rispetto ad uno del Nord. «L'età va considerata – spiega Raffaele Calabrò, consigliere alla Sanità di Caldoro –, ma vanno riconosciuti anche gli altri 6 criteri previsti dalla legge del '96, come il livello socio-economico e la mortalità». «La decisione ultima – precisa Lorenzin – sarà concertata col Mef e le Regioni. È importante che si ten-

gano in conto le esigenze delle regioni in piano di rientro, che hanno problemi diversi dalle altre». Sulla questione dei costi standard, comunque, non si torna indietro: «Il sistema funziona, abbiamo già fatto il riparto del 2013. Nel Patto della Salute, il Ministero aiuterà la Campania che ha fatto grandi passi avanti sul piano di rientro. È partita da una situazione drammatica e ha messo in riequilibrio il debito, presupposto per uscire dal piano di rientro e avere le risorse per gli investimenti, e riorganizzato le reti territoriali, ospedaliere e l'urgenza. Ora bisogna puntare sui Lea (Livelli Essenziali di Assistenza), sulla prevenzione primaria e secondaria e sul piano nazionale sanitario, sulle linee guida di sanità. L'altro punto sarà lo sblocco del turn over».



OSSERVATORIO
E' iniziata
l'agonia
della Sanità
campana



In occasione della sua visita a Napoli, sabato scorso, il dottor Canzanello ha invitato il ministro Lorenzin a partecipare al convegno scientifico dal titolo "Cultura del sollievo e lotta al dolore", che si terrà presso il Palazzo Serra di Cassano il prossimo 6 febbraio 2014. Tra i direttori generali delle Asl campane, sarà presente anche Sergio Florio in rappresentanza dell'Azienda di Avellino e della struttura solofrana dell'Hospice. Al convegno si discuterà delle prospettive di una istituzione su cui il servizio sanitario regionale sta puntando molto in termini di pubblicità e di immagine. Eppure, le cure palliative oggi sovraesposte mettono in secondo piano la condizione di degrado in cui versa il settore della salute, dal soccorso alla diagnostica, dall'assistenza primaria dei servizi essenziali alla semplice manutenzione dei complessi ospedalieri.

A pagina 22 si tratta il capitolo non risolto del mancato riutilizzo di interi complessi ospedalieri, il caso del 'San Giacomo' di Monteforte, ma a Bisaccia si dovrebbe parlare del mancato riassetto dell'attuale struttura polifunzionale della salute, fino a due anni fa ospedale Di Guglielmo. La Sanità come bancomat per ripianare i debiti progressi ha messo in discussione in provincia di Avellino una eccellenza pubblica e privata che ancora viene celebrata, nonostante tutto, in una Campania che sceglie ad esempio l'ospedale Moscati per curarsi.

Per queste ragioni, in attesa che tra poche settimane giunga in porto il nuovo Patto della salute e si compia definitivamente la rimodulazione degli obiettivi per la struttura commissariale in Campania, le organizzazioni sindacali, le autonomie locali, i tanti operatori e le associazioni che difendono i diritti del cittadino e del malato chiedono con forza un cambiamento, per salvare ciò che resta, rilanciando gli investimenti prima il declino diventi irreversibile.

[LA SCHEDA]

“Troppe aziende sanitarie, meglio ridurre i manager”

Rappresenta circa il 90% dei costi per le regioni e per questo la spesa sanitaria nazionale è da sempre nell'occhio del mirino. Non a caso in questi anni sono state attuate diverse cure dimagranti per ridurla. Una strada che se da un lato ha il merito di far rinfacciare il bilancio dello Stato, dall'altro rischia di avere non poche ripercussioni sul diritto alla salute delle persone. Per questo, secondo Confedir, la soluzione potrebbe essere rappresentata da una riduzione del numero delle Aziende sanitarie locali, con l'obiettivo di diminuire il numero dei dirigenti di nomina politica e i loro costi, e dalla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale. “Attualmente, infatti, c'è tutta una serie di attività cliniche che non richiedono più il ricovero; occorre dunque individuare il giusto numero di posti letto necessari in ogni ospedale e sviluppare la risposta specialistica territoriale”, sottolinea Stefano Biasoli.

IN CIMA ALLA CLASSIFICA DEI RITARDI

Nel report nazionale la Campania è la regione con le attese più lunghe

NAPOLI (rr) - E' giunta a Napoli, il ministro Lorenzin, nella consapevolezza dei dati, quelli forniti dal suo Ministero nel report stilato sulle liste d'attesa negli ospedali d'Italia nel triennio 2010-2012. Le regioni del Nord Italia è stato registrato un aumento dell'attesa per una visita specialistica o per un intervento, nel Sud l'aumento è sensibilmente

maggiore. Il dato della Campania è tra quelli che salta più facilmente all'occhio: per fare una chemio, un paziente può attendere sino a 78 giorni, mentre la media in Italia è di circa 22 giorni. Per una coronarografia urgente, secondo quanto fa sapere il ministero, in Campania, si riesce ad ottenere dopo 101 giorni. Appena 4,8 invece in

Toscana. Ma a preoccupare è il raffronto con la media nazionale di 29 giorni. Per un intervento urgente per rimuovere un tumore alla prostata, la media nazionale è di circa 42 giorni: la Campania si colloca in cima alla classifica dei ritardi con 47 giorni di attesa prima di finire sotto i ferri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il taglia-primari

Primari in picchiata: colpa della spending e delle ristrutturazioni aziendali, ma anche di una selezione severa e supercontrollata.

SIMONETTI A PAG. 19

Il calo 2012 è legato soprattutto alla necessità di risparmi e alle ristrutturazioni d'azienda

La spending taglia-primari

Ma anche una selezione severa e supercontrollata ha ridotto gli apicali

Con la pubblicazione del Conto annuale 2012 si è visto che i "primari" sono diminuiti in modo notevole. I dati parlano di oltre 1.200 direttori di struttura complessa (medici, ma non solo) in meno tra il 2009 e il 2012, più o meno 400 l'anno. La diminuzione ha riguardato solo il personale maschile (perché è dato da tum over non ripristinato), mentre il numero totale dei medici tiene.

Riflessioni meritano invece i commenti di natura politica di alcuni sindacati. Sostanzialmente la diminuzione del numero dei primari è attribuita a fattori quasi esclusivamente finanziari: i tagli sono stati solo lineari e non derivano da una ricerca oggettiva di efficienza assistenziale. Tutto abbastanza vero. Nessuno può immaginarsi di giustificare l'atteggiamento di alcune Regioni e di molte aziende sanitarie che hanno perseguito l'equazione meno primari=meno costi.

Tra l'altro non assegnare un incarico di struttura complessa vacante di per sé non genera alcun risparmio perché le risorse economiche destinate al nuovo primario restano in ogni caso assegnate al fondo contrattuale (anche se parzialmente dopo il decreto Tremonti del 2010) e solo la soppressione della struttura contestuale alla cessazione dal servizio del vecchio primario consente un reale risparmio. Ma per sopprimere una struttura occorre attivare un percorso di ristrutturazione che prevede una complessa procedura di contrattazione integrativa che di solito nessuna azienda fa mai in modo corretto o completo.

Vanno tuttavia fatte alcune precisazioni di contesto. Innanzitutto la partita della definizione degli standard ospedalieri e della connessa riduzione delle strutture complesse - prevista dall'articolo 15, comma 13, lettera c), della legge 135/2012 (spending review) - doveva essere completata addirittura entro ottobre 2012 su una base non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti ma è stata abbandonata del tutto, per cui oggi nessuno può permettersi di dire che le strutture complesse - e, a monte, il numero dei posti letto - in un dato contesto ospedaliero o territoriale sia giusto, in esubero o in difetto. Il motivo per il quale non si parla più di standard di PI è forse legato ai primi risultati forniti dalla Salute che vedevano Lombardia e Lazio tra le Regioni con eccedenza di posti letto mentre la Campania (la Regione più indebitata) era quella con il maggiore delta negativo rispetto allo standard ottimale.

Occorre però fare un passo indietro nel tempo e ricordare che la struttura complessa dopo ben venti anni dall'aziendalizzazione non è ancora stata declinata e definita nei suoi requisiti ed elementi distintivi.

Infatti l'articolo 8-*quater*, comma 4, del Dlgs 502/1992 prevedeva un Atto di indirizzo e coordinamento entro dicembre 1999 per individuare le caratteristiche della struttura complessa in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie. L'Atto non è mai arrivato, anche per la successiva modifica del Titolo V della Costituzione, e da allora le strutture com-

plesse - di default e senza alcuna valutazione di merito - sono quelle cui in precedenza erano preposti i dirigenti di II livello.

Alcuni scenari tuttavia non hanno bisogno di nessuno studio approfondito o standard oggettivi per verificarne la validità. Sotto gli occhi di tutti per anni si sono viste strutture complesse con due o tre posti letto o addirittura senza degenza e con collaboratori del primario che si contavano sulle dita di una mano: in pratica strutture senza struttura. Specialmente nei Policlinici questa situazione è stata frequente e non credo ci sia bisogno di ricordare il numero dei primari di radiologia presenti qualche anno fa nel Policlinico Umberto I.

Anche sul territorio il caos è completo e la credibilità organizzativa e produttiva delle strutture complesse presenti è molto bassa. Un fenomeno non dissimile a quello che vede 700 generali senza incarico di comando operativo comunque negli organici dell'esercito.

Torniamo alle critiche sindacali. Si dice che la riduzione dei primari "blocca le carriere dei medici" ma questa affermazione è fondata sull'assunto, sbagliato e fuorviante, che un medico bravo e ambizioso per fare carriera deve per forza diventare direttore di struttura complessa (o semplice). Eppure i contratti collettivi fin dal 2000 consentono per i meritevoli di deviare la remunerazione dall'affannosa ricerca della struttura alla carriera professionale. Che poi quasi nessuna azienda abbia realmente seguito questa strada è un altro discorso.

Accanto alla tipica carriera pri-

mariale si è affiancata una carriera professionale (dual ladder), basata non sul livello di responsabilità gestionale ma sul contenuto tecnico-professionale, lungo un percorso di carriera basato sull'incremento della intensità di quest'ultimo e sul suo grado di possesso da parte del medico: la carriera del professional mediante una opportuna graduazione delle funzioni da ribaltare sulla retribuzione di posizione avrebbe potuto raggiungere livelli salariali molto vicini a quelli del primario. Basta verificare i valori massimi indicati nell'articolo 56 del Ccnl del 5 dicembre 1996. Ma tutto ciò si è verificato rarissimamente perché il "sistema" - e con ciò intendo tutti i suoi attori: le direzioni aziendali, i diretti interessati, i sindacati, addirittura i cittadini - premia sempre e comunque la visibilità del gestionale, cioè chi ha il potere.

Vorrei ricordare che, per anni, più il Comitato di settore indicava all'Aran di ricercare soluzioni che incentivassero la carriera professionale, più venivano stipulati contratti che favorivano gli strutturati e nel contempo tentavano di reintrodurre automatismi che mortificavano il merito.

È stato quindi gioco forza rincorrere la "struttura" - meglio se complessa - che apre tra l'altro la porta alla direzione del Dipartimento. Quando però il finanziamento del Ssn ha cominciato veramente a entrare in crisi la ten-

denza si è invertita e le aziende sanitarie - anche nelle Regioni non soggette al piano di rientro - hanno cominciato a limitare la corsa al primariato, non istituendone più di nuovi e non coprendo gli incarichi divenuti vacanti a seguito di turn over.

Queste circostanze hanno generato la sciagurata strategia di ricorrere all'interinato non più per «il tempo strettamente necessario a espletare le procedure...» (come recita l'articolo 18, comma 4, del Ccnl dell'8 giugno 2000) ma in via ordinaria, quasi stabilmente, ben sapendo che i diretti interessati avrebbero subito supinamente anni di facente funzioni (f.f.) nella speranza di essere un giorno stabilizzati.

Tomiamo alle critiche sindacali. Un'altra segnalazione riguarda la scelta aziendale di affidare una struttura complessa non a un medico della struttura che sarebbe il "facente funzioni" ma a un altro primario evidentemente della medesima disciplina. Dice il sindacato che «diverse Regioni si sono

inventate anche i primari a scavalco»: orbene, se si vuole stigmatizzare l'utilizzo improprio o troppo ricorrente dello "scavalco", va bene ma non è corretto dire che è stato "inventato", visto che l'ultimo comma dell'articolo 18 sopra citato (cioè di un contratto collettivo di lavoro firmato da loro stessi) lo prevede espressamente.

Anche sul ricorso ai f.f. la critica è severa e il sindacato sembra arrendersi senza neanche combattere. Se l'interinato supera i dodici mesi (comma 4: «Può durare sei mesi, prorogabili fino a dodici») l'incarico è illegittimo e l'indennità erogata costituisce danno erariale: qualcuno ha mai segnalato alla Procura della Corte dei conti questo stato di cose?

Un'altra inesattezza espressa dai sindacati è quella che i primari sono in netta riduzione perché «dal 2009 i concorsi sono bloccati». Detta così l'affermazione è generica e non veritiera. Certamente nelle Regioni soggette al piano di rientro le disposizioni dei Commissari ad acta hanno do-

verosamente stoppato nuove nomine, ma un vero e proprio blocco esplicito e generale per tutto il Paese non c'è mai stato e molte Regioni hanno sempre continuato a conferire incarichi di Sc.

È vera invece un'altra circostanza e cioè che dopo la legge Balduzzi lo svolgimento di una selezione è diventato un percorso a ostacoli che - a parte il necessario stand by dei primi mesi del 2013 durante i quali sono state emanate le linee-guida regionali - non ha avuto la linearità e la esigibilità che ci si aspettava. Anzi, diciamola tutta, i direttori generali e gli uffici preposti si sono accostati alla nuova procedura con grandissima cautela per gli evidenti rischi di contenzioso che potrebbero sorgere nell'applicare una normativa fortemente contraddittoria.

Quindi, riassumendo direi che il calo dei primari è dovuto principalmente a sicure motivazioni di natura finanziaria, in parte da ristrutturazioni aziendali - vere o fittizie - ma anche dalla

grande difficoltà di gestire una procedura selettiva sulla quale sono puntati gli occhi di tutti gli stakeholders che cercano l'errore formale, certamente non difficile da commettere data la complessità di una procedura che è tornata a essere, a tutti gli effetti, concorsuale.

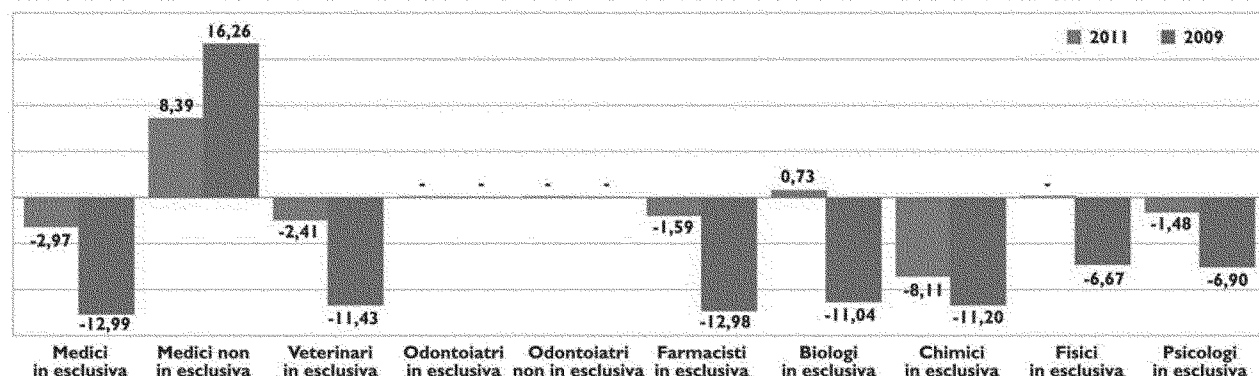
Stefano Simonetti

Tutti i dirigenti di struttura complessa del Ssn nel 2012 e differenza con 2011 e 2009

	Medici in esclusiva	Medici non in esclusiva	Veterinari in esclusiva	Odontoiatri in esclusiva	Odontoiatri non in esclusiva	Farmacisti in esclusiva	Biologi in esclusiva	Chimici in esclusiva	Fisici in esclusiva	Psicologi in esclusiva	Totale
Totale conto annuale 2012	8.218	286	457	5	4	315	137	111	84	135	9.752
• di cui uomini	6.982	280	415	5	3	99	79	66	64	74	8.067
• di cui donne	1.236	6	42	-	1	216	58	45	20	61	401
Differenza con 2011	-244	24	-11	-	-	-5	1	-9	-	-2	-246
• di cui uomini	-245	24	-12	-	-	-3	-	-8	-2	-	-246
• di cui donne	1	-	1	-	-	-2	1	-1	2	-2	-
Differenza % con 2011	-2,97	8,39	-2,41	-	-	-1,59	0,73	-8,11	-	-1,48	-2,06
• di cui uomini	-3,51	8,57	-2,89	-	-	-3,03	-	-12,12	-3,13	-	-2,96
• di cui donne	0,08	-	2,38	-	-	-0,93	1,72	-2,22	10,00	-3,28	-
Differenza con 2009	-1.227	40	-59	-	-	-47	-17	-14	-6	-10	-1.340
• di cui uomini	-1.186	40	-67	-	-	-31	-10	-26	-10	-5	-1.295
• di cui donne	-41	-	8	-	-	-16	-7	12	4	-5	-45
Differenza % con 2009	-12,99	16,26	-11,43	-	-	-12,98	-11,04	-11,20	-6,67	-6,90	-12,08
• di cui uomini	-14,52	16,67	-13,90	-	-	-23,85	-11,24	-28,26	-13,51	-6,33	-13,83
• di cui donne	-3,21	-	23,53	-	-	-6,90	-10,77	36,36	25,00	-7,58	-2,60

Fonte: elaborazione Il Sole-24 Ore Sanità su dati Conto annuale 2012, Ragioneria generale dello Stato 2014

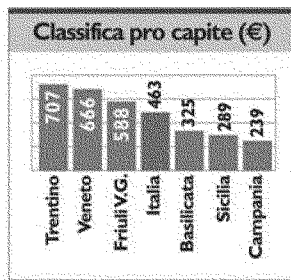
La differenza 2012 nei vari ruoli



Spesa privata per chi può

Out of pocket per i ricchi: Trentino leader, Sud in coda

Le famiglie italiane hanno speso nel 2011 di tasca propria 28 miliardi per la salute. Ma non per compensare carenze del servizio pubblico. La variabile è infatti il reddito. Lo dimostra la classifica per Regione. L'analisi dell'*out of pocket* nel Rapporto Oasi 2013.



OASI 2013/ Cergas Bocconi: Trentino, Veneto e Friuli al top, il Sud in fondo alla classifica

La spesa privata è per i ricchi

Squilibri regionali fondati sul reddito e non sull'inefficacia dei servizi

Le famiglie italiane hanno speso nel 2011 di tasca propria 28 miliardi per la salute, il 4% della spesa complessiva. Ma non per compensare carenze del servizio pubblico. A scattare la fotografia della spesa sanitaria privata è il Rapporto Oasi 2013 sul Sistema sanitario italiano, presentato alla Bocconi dal Cergas lo scorso 20 gennaio (v. Il Sole-24 Ore Sanità nn. 2 e 3/2014). Secondo il rapporto è la classifica delle Regioni in cui si spende di più per le cure private a dimostrare che l'*out of pocket* non è sinonimo di emergenza sanitaria: nelle primissime posizioni ci sono il Trentino Alto Adige con 707 euro pro capite nel 2011, il Veneto (666 euro), il Friuli Venezia Giulia (588 euro), l'Emilia-Romagna (564 euro) e la Lombardia (556 euro). Servizi sanitari regionali che difficilmente potrebbero essere considerati come i peggiori nel contesto nazionale, commenta il rapporto.

Se si mette tuttavia sotto la lente la spesa sanitaria privata delle famiglie - intesa come la quota di beni e servizi interamente a carico del cittadino

fruitore - emerge secondo Oasi l'esistenza di forti divari tra le Regioni. Differenze dovute non tanto, come comunemente si sostiene nei dibattiti sul tema, alla qualità dell'offerta pubblica, quanto al reddito di cui dispongono le famiglie.

La dimensione familiare e l'età sembrano spiegare i diversi livelli di spesa sanitaria e, quindi, le differenti scelte di allocazione di risorse all'interno del portafoglio di spesa disponibile. In particolare, la spesa sanitaria media pro capite aumenta con l'età della persona di riferimento e diminuisce con il numero di figli.

Un dato «medio» che potrebbe anche derivare dal fatto che al Sud, dove i redditi sono mediamente più bassi, vi è una maggiore incidenza di famiglie con più di 2 figli, circa il 25% della popolazione meridionale, mentre al Nord, l'incidenza è di circa il 15%. Una seconda spiegazione viene dalla «propensione a spendere per sanità», calcolata come rapporto tra la spesa sanitaria e la spesa generale delle famiglie, che si riduce all'aumentare del numero dei figli. «Alla base di tale diminuzione - spiegano gli

esperti del Cergas - potrebbe esserci ancora una volta il reddito, se si assume che la spesa sanitaria si comporta come un bene di lusso e che le tipologie familiari con più di due figli hanno redditi sotto la media».

I trend però si diversificano ulteriormente all'interno del «paniere». Dalla «visita dal dentista» (5,47 miliardi), che ha un andamento palesemente in linea con i «beni di lusso», alla spesa per «medicinali» (12,8 miliardi di euro), più simile nelle dinamiche del budget familiare alla spesa per beni primari (la spesa privata rappresenta il 20% della spesa sanitaria totale).

È interessante notare, si legge nel rapporto Oasi, che il 26% dei consumi privati per servizi sanitari alimenta il circuito pubblico, sia attraverso il copayment (ticket), sia attraverso l'intramoenia. Il rimanente 74% dei consumi per servizi sanitari è in gran parte legato alla spesa per dentisti (5,4 miliardi di euro, che rappresenta il 60% dei consumi per servizi sanitari della componente privata). I beni (prodotti farmaceutici, altri prodotti medicali, attrezzature e apparecchi tera-

peutici) rappresentano una voce importante, pari al 56% sulla spesa sanitaria privata complessiva, di cui in questo caso solo l'8% confluisce nella componente pubblica. Un intreccio di interazioni che rende sempre più problematica la ricerca di una *governance* adeguata. A queste voci si aggiungono poi la spesa per le assicurazioni private (1,33 miliardi) e quella per l'assistenza a disabili anziani non autosufficienti (1,49 miliardi).

Se una parte di questi «consumi» è riferibile alla concezione dell'*healthcare*, un'altra parte è invece sempre più vicina al concetto di *wellbeing*. Una trasformazione che, insieme allo spostamento dei bisogni dalle acuzie alla cronicità dettato dalle dinamiche demo-

grafiche, «estende i confini tradizionali del settore sanitario» rendendoli sempre più «sfumati, mobili e frastagliati». «In questa direzione - spiega il gruppo di ricerca - opera anche la progressiva trasformazione del paziente in cliente, riconducibile a una minore asimmetria informativa (reale o percepita)». Non a caso infatti «aumentano le differenze nei livelli di salute in senso stretto, riconducibili in parte alle iniquità all'accesso dei consumi sanitari privati». E l'offerta infatti si adegua, come negli altri settori del mercato, presentando al paziente-cliente l'alternativa del low cost.

In questa chiave, il gruppo di ricerca del Cergas, ha analizzato le tendenze della spesa sanitaria privata dividendo i cit-

tadini-pazienti in *cluster* di consumatori. Individuati 6 «fattori» dagli originari parametri Istat - accertamenti diagnostici e visite mediche, servizi socio-sanitari e beni per anziani e invalidi, farmaco e parafarmaco, dentista, assicurazione malattie e cure termali - i risultati della *cluster analysis* evidenziano quattro segmenti di famiglie.

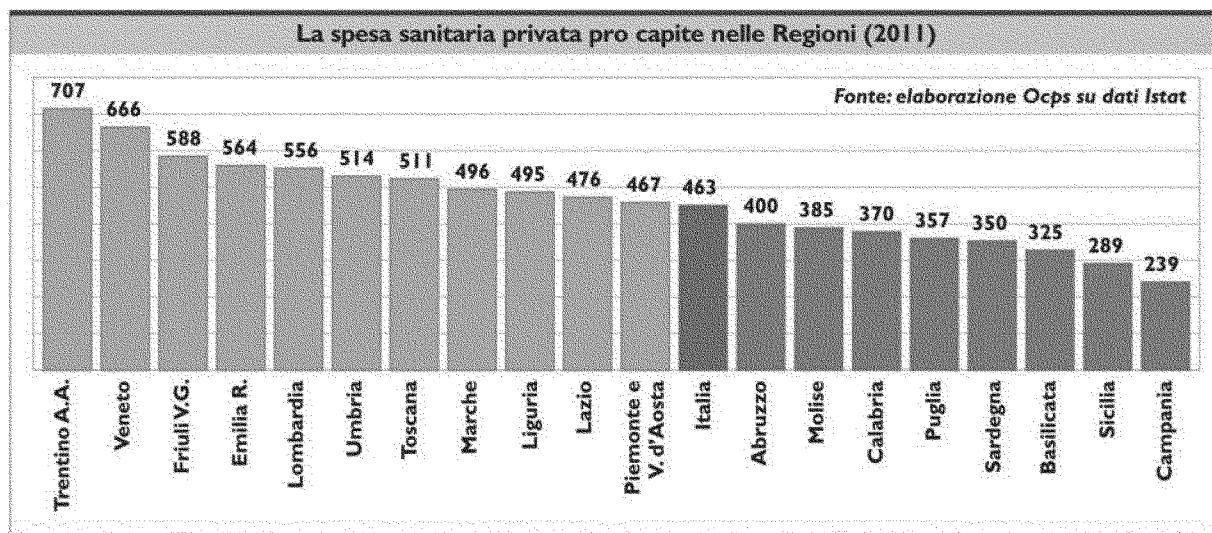
Quelle che spendono in generale poco per tutti e sei i fattori e che rappresentano il 79% del campione, ma solo il 27% della spesa sanitaria privata; quelle per le quali si rileva una spesa elevata solo per prestazioni dentali, mentre per gli altri tre fattori i consumi sono in media con le altre famiglie, che rappresentano il 4% del campione e il 17% della spesa;

quelle che spendono molto per le malattie e che hanno elevati livelli di spesa per i due fattori relativi a farmaco e parafarmaco e accertamenti e visite mediche che rappresentano il 15% del campione e il 36% della spesa; e, infine, le famiglie alla ricerca del benessere, che spendono sopra la media su tutti e sei i fattori e che, pur rappresentando solo il 2% delle famiglie, formano il 20% della spesa sanitaria privata.

Lo scopo dell'analisi è insomma quello di «destrutturare» il segmento dell'*out of pocket*: distinguendone i differenti elementi (spesa farmaceutica, odontoiatrica e per servizi ambulatoriali) evidenziando il contributo che apporta ai circuiti pubblici (attraverso la compartecipazione e l'intram-

enia) e soprattutto svelandone la natura in termini di «consumo». Insomma alle aziende sanitarie viene raccomandata una cura a base di marketing. Le conclusioni sono chiare: «Mentre rimangono fermi i fini istituzionali delle aziende sanitarie pubbliche - spiegano gli esperti - la loro realizzazione deve confrontarsi con pazienti che diventano sempre più clienti».

Rosanna Magnano

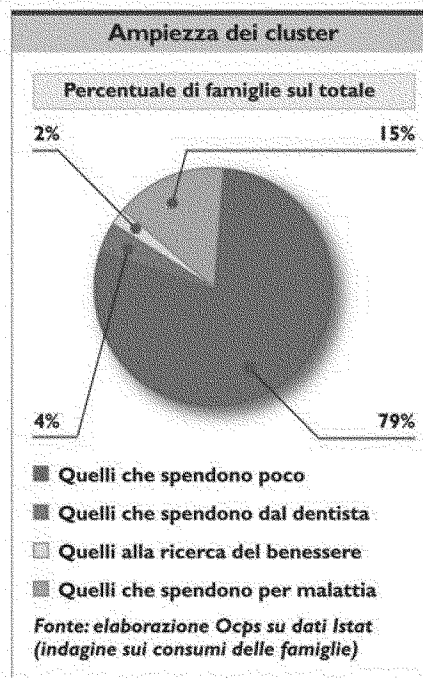


La composizione della spesa sanitaria privata nel 2011 (mld €)

Aggregazione elementare (come da questionario indagine sui Consumi Istat)	
Ricoveri in cliniche od ospedali	0,23
Ricoveri in case di riposo, istituti di assistenza e simili	0,13
Pronto soccorso	0,02
Visita medica da medico generico o specialista (a domicilio, in ambulatorio, in clinica od ospedale)	3,73
Visita medica da dentista	5,47
Servizi ausiliari sanitari (infermieri, fisioterapisti, ginnastica correttiva ecc.)	0,68
Analisi cliniche (del sangue, delle urine ecc.)	1,06
Esami radiologici, ecografici, elettrocardiogramma ecc.	0,90
Cure termali	0,05
Medicinali (costo totale o ticket)	12,81
Termometri, siringhe, calze elastiche ecc.	0,62
Occhiali da vista e lenti a contatto, apparecchi per la pressione ecc.	1,51
Protesi, apparecchi acustici ecc.	0,50
Sedie e carrozzine per invalidi, apparecchi ortopedici	0,06
Noleggio attrezzature sanitarie	0,14
Spesa sanitaria totale delle famiglie	27,92 (*)

(*) Il totale non è esattamente uguale alla somma delle singole voci riportate nella tabella in quanto queste sono state approssimate per eccesso.

Fonte: elaborazione Ocps su dati Istat (indagine sui consumi delle famiglie)



Spesa sanitaria privata media annuale e propensione marginale media alla spesa sanitaria (euro)

Tipologia familiare	Spesa sanitaria media annuale delle famiglie (pro capite)	Spesa generale media annuale delle famiglie (pro capite)	Spesa sanitaria media annuale delle famiglie (pro famiglia)	Spesa generale media annuale delle famiglie (pro famiglia)	Propensione marginale media familiare alla spesa sanitaria (dati in %)
Persona sola con 65 anni e più	870	18.088	870	18.088	4,8
Coppia senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più	766	13.697	1.532	27.393	5,6
Coppia senza figli con persona di riferimento con 35-64 anni	637	16.295	1.275	32.589	3,9
Persona sola con 35-64 anni	620	24.830	620	24.831	2,5
Coppia con 1 figlio	456	11.842	1.370	35.526	3,9
Persona sola con meno di 35 anni	445	22.972	445	22.972	1,9
Monogenitore	409	12.214	968	28.888	3,4
Coppia senza figli con persona di riferimento con meno di 35 anni	401	15.731	801	31.462	2,5
Altre tipologie	346	9.113	1.223	32.242	3,8
Coppia con due figli	317	9.678	1.268	38.711	3,3
Coppia con tre figli e più	234	7.529	1.207	38.749	3,1

Fonte: elaborazione Ocps su dati Istat (indagine sui consumi delle famiglie)

**Manovra 2014:
tutte le
novità fiscali
per le
attività
commerciali
delle aziende**

LEGGI DI STABILITÀ/ Cosa cambia con la manovra per Asl e strutture ospedaliere

Il fisco 2014 per le aziende

Le novità legate alle attività commerciali, dai terreni ai meccanismi dell'Imu

LE MISURE FISCALI (in rosso i commi della legge 147/2013)

La legge di stabilità 2014 (n. 147 del 27 dicembre 2013, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 302 dello stesso giorno), non presenta novità fiscali specifiche per le aziende sanitarie, per quelle ospedaliere e per gli Irccs, ma solo qualcuna in quanto soggetti contribuenti e in quanto soggetti che esercitano anche attività commerciali.

Le novità in materia di Ires sono positive, anche se incidono pochissimo nel conto economico delle aziende.

Ci sarà da tener conto delle nuove imposte sugli immobili, anche se non cambia, almeno per il momento, la disciplina dell'Imu per gli enti non commerciali.

La legge è composta da un unico articolo, diviso in 749 commi, per alcuni dei quali di seguito viene riportata una sintesi delle parti che interessano le misure fiscali per le aziende sanitarie.

Gli altri capitoli che in qualche modo coinvolgono le aziende sono quello relativo alla possibile riduzione dei contributi Inail con effetto dal 1° gennaio, in cui si prevede che, con decreto del ministro del Lavoro, di concerto con quello dell'Economia, su proposta dell'Inail, tenendo conto dell'andamento infortunistico aziendale, sarà possibile una riduzione percentuale dei premi e contributi dovuti all'Inail per l'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali.

C'è poi l'anagrafe degli assistiti (Ana) con il subentro del quale

l'azienda sanitaria locale cessa di fornire ai cittadini il libretto sanitario personale previsto dalla legge 833/1978. E sarà facoltà dei cittadini accedere in rete ai propri dati contenuti nell'Ana, secondo le modalità previste dalla legge, ovvero di richiedere presso l'azienda sanitaria locale competente copia cartacea degli stessi. In caso di trasferimento di residenza del cittadino, l'Ana ne dovrà dare immediata comunicazione in modalità telematica alle aziende sanitarie locali interessate dal trasferimento. L'azienda sanitaria locale nel cui territorio è compresa la nuova residenza provvede alla presa in carico del cittadino, e l'aggiornamento dell'Ana per i dati di propria competenza. Nessun'altra comunicazione in merito al trasferimento di residenza è dovuta dal cittadino alle aziende sanitarie locali interessate.

Per quanto riguarda i compensi agli avvocati delle pubbliche amministrazioni (compresi quelli delle aziende sanitarie), infine, dal 1° gennaio e fino al 31 dicembre 2016, i compensi professionali liquidati, esclusi nella misura del 50%, quelli a carico della controparte, a seguito di sentenza favorevole per le pubbliche amministrazioni, in favore dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, incluso il personale dell'Avvocatura dello Stato, sono corrisposti nella misura del 75 per cento.

*pagina a cura di
Roberto Caselli*



132. Riduzione cuneo fiscale
La riduzione della base imponibile Irap, di cui al nuovo comma 4-quater dell'articolo 11 del Dlgs 446/1997, legata all'incremento dei lavoratori a tempo determinato, non riguarda,

da, come già avvenuto in passato in analoghi provvedimenti, le amministrazioni pubbliche.



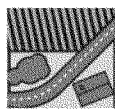
139. Proroga delle detrazioni per interventi di efficientamento energetico

Sono nuovamente prorogati gli incentivi disposti la prima volta dalla Finanziaria 2007 (commi da 344 a 347, 353, 358 e 359 articolo unico). La detrazione del 65% prevista dal Dl 4 giugno 2013 n. 63, scaduta il 31 dicembre, è prorogata per tutto il 2014, mentre nel 2015 si ridurrà al 50 per cento. Come noto anche le Aziende del Ssn, in quanto soggetti Ires, possono usufruirne. È importante ricordare che con risoluzione n. 365/E del 12 dicembre 2007 l'Agenzia delle Entrate aveva chiarito che i limiti massimi delle agevolazioni sono riferiti autonomamente a ciascun fabbricato, anche se questo non costituisce un'autonoma entità catastale. Se l'unità accatastata è composta, come succede molto spesso negli ospedali, da più edifici, le detrazioni massime sono riferite a ciascuno degli immobili che la costituiscono.



140. Rivalutazione dei beni di impresa

La possibilità di rivalutazione dei beni di impresa non è prevista per gli enti non commerciali, neppure per la loro sfera commerciale.



156. Affrancamento plusvalenze terreni e partecipazioni

Vengono riaperti i termini per l'affrancamento delle plusvalenze di terreni e di partecipazioni, confermando la normativa contenuta nella Finanziaria del 2003 (legge 24 dicembre 2002, n. 282, articolo 2, comma 2).

La norma era stata varata, la prima volta, con la Finanziaria 2002 (articolo 7, comma 1) e con numerosi provvedimenti i termini erano stati prorogati più volte.

La norma consentirà anche agli enti non commerciali, ivi comprese le Aziende del Ssn, l'affrancamento (vale a dire la sterilizzazione fiscale) delle eventuali plusvalenze maturate, sui terreni edificabili e sui terreni agricoli, posseduti alla data del 1° gennaio 2014, che non rientrano fra i beni utilizzati nella sfera commerciale. L'affrancamento si potrà realizzare, con il pagamento, entro il 1° luglio 2014 di un'imposta sostitutiva del 4% sul valore di mercato al 1° gennaio 2014, desunto da una perizia giurata redatta, entro lo stesso termine, da iscritti agli albi degli ingegneri, degli architetti, dei geometri, dei dottori agronomi, degli agrotecnici, dei periti agrari, dei periti industriali edili e dei periti camerali.

L'importo sarà rateizzabile in due o tre esercizi. Le modalità per usufruire di questa possibilità (illustrate dall'Agenzia delle Entrate con la circolare del 4 agosto 2004, n. 35/E, con riferimento alla proroga di cui alla Finanziaria 2004), particolarmente interessante qualora un'Azienda sia proprietaria di aree per le quali sia stata prevista la vendita in un futuro più o meno lontano, sono le stesse previste nei provvedimenti precedenti.

L'operazione è possibile, come già detto, anche per i terreni agricoli, ma poiché le plusvalenze conseguite dalla loro vendita hanno, per gli enti non commerciali, rilevanza fiscale solo per quelli acquistati da non più di cinque anni, l'interesse per questa fattispecie si può considerare limitato.



172. Iva Cooperative sociali

Con la sostituzione del nuovo comma 488 ai commi 488 e 489 dell'articolo 1 della legge 228/2012 (Legge stabilità 2013)

viene bloccato, almeno per il momento (in vista della riforma dei regimi Iva speciali dell'Unione europea previsti dalla direttiva 112/2006/Ce del Consiglio, del 28 novembre 2006), l'aumento dell'Iva sulle prestazioni delle cooperative sociali dal 4% al 10%, già previsto dal numero 41-bis della tabella A, parte II, allegato al Dpr 633/1972.

Ricordiamo che la Legge stabilità 2013 aveva disposto l'aumento dell'aliquota per i contratti stipulati dopo il 31 dicembre 2013.

Con la risoluzione n. 93/E del 13 dicembre 2013 l'Agenzia delle Entrate, in risposta a una istanza di interpello inerente all'interpretazione dell'articolo 1, commi da 488 a 490, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, dopo aver ricordato che fra le prestazioni sanitarie rese dalle cooperative sociali sono comprese quelle relative a diagnosi, cura e riabilitazione, nonché le prestazioni socio-sanitarie, di assistenza domiciliare o ambulatoriale rese in favore degli anziani e inabili adulti, di tossicodipendenti e di malati di Aids, degli handicappati psicofisici, dei minori anche coinvolti in situazioni di disadatta-

mento e di devianza, ha chiarito che le prestazioni effettuate dalla cooperativa, se relative a convenzioni e contratti stipulati dopo il 31 dicembre 2013, devono essere assoggettate al regime Iva previsto dalla Legge 228/2012.

Invece per le prestazioni rese entro il 31 dicembre 2013 trova applicazione, in modo alternativo:

- l'aliquota Iva agevolata del 4%, ex n. 41-bis della tabella A, parte II, allegata al Dpr 633/1972, anche se soppressa dalla legge 228/2012;

- il regime di esenzione ex articolo 10 n. 27-ter) del Dpr 633/1972.

Per quanto riguarda l'applicazione dell'aliquota Iva del 10%, ex n. 127-undecies) della tabella A, essa riguarda esclusivamente le prestazioni socio-sanitarie e assistenziali rese in forza di contratti di appalto o convenzioni stipulati dopo il 1° gennaio 2014.

Inoltre nella stessa risoluzione l'Agenzia ha stabilito, ai fini dell'applicazione del regime agevolato previsto per le cooperative sociali, l'irrelevanza della circostanza che la stessa eserciti la propria attività in regime di «accreditamento» con il Sistema sanitario regionale e nazionale. Ciò in quanto, lo stesso rappresenta una qualificazione soggettiva obbligatoria per gli enti che, al fine di erogare prestazioni sanitarie nell'ambito del sistema sanitario pubblico, devono necessariamente stipulare preventivi accordi contrattuali con le competenti amministrazioni.



574. Compensazioni imposte

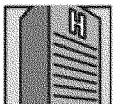
L'obbligo del visto di conformità già previsto dall'articolo 35, comma 1, lettera a), del Dlgs

241/1997, per la compensazione con modello F24 di crediti Iva superiori a euro 15.000, si estende, a partire dalle Dichiarazioni dei redditi relative all'esercizio 2013 a tutte le altre imposte (Ires, Irap, ritenute). È necessario, in sostanza, che la Dichiarazione annuale venga sottoposta all'applicazione di un visto di conformità alle risultanze delle scritture contabili, e alla loro regolare tenuta e conservazione; il visto è consentito a tutti i soggetti ammessi al rilascio del «timbro di conformità».



618-624. Condono ruoli

Sarà possibile pagare, senza interessi, le cartelle esattoriali di Equitalia, emesse entro il 31 ottobre scorso. Si pagheranno comunque per intero imposte e sanzioni. Sarà possibile aderire entro il 28 febbraio 2014.

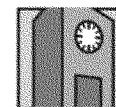


639/701. Le nuove imposte sugli immobili

È istituita la nuova Imposta unica comunale - luc -, che si basa su

due presupposti impositivi, uno costituito dal possesso di immobili e collegato alla loro natura e valore, l'altro collegato all'erogazione e alla fruizione dei servizi comunali. La luc si compone dell'imposta municipale propria (Imu) di natura patrimoniale, dovuta dal possessore di immobili (escluse le abitazioni principali non di lusso) e di una componente riferita ai servizi, che si articola a sua volta nel tributo per i servizi indivisibili (Tasi), a carico sia del possessore che dell'utilizzatore dell'immobile, e nella tassa sui rifiuti (Tari), destinata a finanziare il costo del servizio raccolta e smaltimento dei rifiuti, a carico dell'utilizzatore.

L'acronimo attribuito alla nuova imposta non ne aiuta certo la comprensione; infatti, nonostante nel nome compaia l'aggettivo «unica» la luc si compone della vecchia Imu e delle nuove Tasi e Tari; non è chiaro se la quota della Tasi a carico dell'utilizzatore verrà incassata direttamente dal Comune o se dovrà essere pagata dal possessore dell'immobile con rivalsa a carico dell'utilizzatore.



703. Luc, imposta unica comunale

L'istituzione della luc lascia salva la disciplina per l'applicazione dell'Imu. Di conseguenza non sono

previste novità in materia di esenzioni per le Aziende del Servizio sanitario nazionale.



719. Imu, come si versa

Ai fini dell'imposta municipale propria - Imu -, gli enti non commerciali, fra le quali le Aziende del Ssn, dovranno presentare la

dichiarazione esclusivamente in via telematica, secondo le modalità approvate con apposito decreto del ministero dell'Economia e delle finanze. Con le stesse modalità ed entro lo stesso termine previsto per la dichiarazione per l'anno 2013 dovrà essere presentata anche la dichiarazione per l'anno 2012.

Ricordiamo che le modalità e le procedure per l'applicazione dell'Imu negli immobili a utilizzazione mista sono contenute nel Regolamento diffuso dal ministero dell'Economia il 19 novembre 2012, e illustrato nel servizio pubblicato sul Sole 24 Ore Sanità del 4-10 dicembre 2012.



721. Imu, chi la versa

Il versamento dell'Imu dovrà essere effettuato dagli enti non commerciali esclusivamente secondo le disposizioni di cui all'articolo

17 del Dlgs 9 luglio 1997, n. 241, in tre rate di cui le prime due, di importo pari ciascuna al 50% dell'imposta complessivamente corrisposta per l'anno precedente, devono essere versate nei termini di cui all'articolo 9, comma

3, del Dlgs 14 marzo 2011 n. 23 (cioè entro il 16 giugno e il 16 dicembre), e l'ultima, a conguaglio dell'imposta complessivamente dovuta, deve essere versata entro il 16 giugno dell'anno successivo a quello cui si riferisce il versamento. Gli enti non commerciali potranno eseguire i versamenti del tributo con eventuale compensazione dei crediti, nei confronti dello stesso Comune nei confronti del quale è scaturito il credito, risultanti dalle dichiarazioni presentate successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge.

Ricordiamo che, come chiarito dalla risoluzione n. 7 del 5 giugno u.s. del Dipartimento delle Finanze, anche per il versamento da fare entro il 16 dicembre, si dovrà tener conto degli immobili utilizzati in modo promiscuo per le attività istituzionali e per quelle commerciali e se i calcoli non fossero ancora definitivi, potrà essere fatta una stima, salvo effettuare il conguaglio entro il 16 giugno 2014.

Rimandiamo al servizio pubblicato su Sole 24 Ore Sanità nel numero del 4-10 dicembre 2012 per i criteri da seguire per individuare il rapporto proporzionale.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Monteforte. Il Comune lo vorrebbe per l'emergenza abitativa, l'Asl rifiuta ma non lo utilizza

Il giallo dell'ex ospedale vuoto

Tra le strutture ospedaliere dismesse dal Moscati dopo il trasloco nella città ospedaliere dell'Amoretta c'è il San Giacomo di Monteforte Irpino. In queste settimane il caso di questo complesso è stato affrontato nel corso di un confronto in prefettura, dove il sindaco De Stefano ha avanzato la richiesta di recuperare la parte vecchia

dell'ospedale per l'emergenza abitativa. In quella sede non solo è stata comunicata l'avvenuta cessione in comodato trentennale all'Asl, ma si è constatato che a parte qualche ambulatorio del distretto e un archivio, i diecimila metriquadri del complesso restano inutilizzati.

Cardarelli, Lorenzin a sorpresa: troppi pazienti, l'ospedale scoppia

> Ausiello e La Penna a pag. 41

La sanità, la visita

Cardarelli, blitz del ministro: «L'ospedale scoppia»

Lorenzin ispeziona il pronto soccorso: troppi pazienti, Asl e medici di famiglia facciano di più

Gerardo Ausiello

Quando Beatrice Lorenzin varca la soglia del pronto soccorso, sono (solo) una ventina i pazienti in barella. «È una giornata tranquilla perché tra poco gioca il Napoli», spiegano senza scomporsi medici e infermieri, abituati a ben altri ritmi. A parte qualche breve tregua, infatti, il Cardarelli è un ospedale in trincea. Al ministro della Salute basta un'occhiata per accorgersene. Niente passerelle, la Lorenzin arriva nel nosocomio in incognito. Due mesi fa aveva compiuto un blitz analogo all'Istituto Pascale, tra lo stupore generale.

Sono da poco passate le 14. L'ispezione inizia proprio da lì, il pronto soccorso, cuore pulsante dell'ospedale. Il ministro imbocca il corridoio attraversando il reparto e si imbatte negli sguardi tristi e spenti di pazienti in ansia, nei volti tesi degli operatori indaffarati, nelle smorfie dei medici (precari) preoccupati per il loro futuro. Tanta vita vera, reale, quella con cui sai di dover fare i conti quando entri in un ospedale, e che ti colpisce e ti travolge, come uno schiaffo in pieno volto.

Qui ogni giorno fa storia a sé. «Siamo sotto assedio, con le barelle sembra un campo di concentramento. Nel 2014 in 25 giorni sono già quasi 7mila gli accessi al pronto soccorso. Di questi, appena 94 in codice

rosso - raccontano i sanitari - Curiamo non solo gli ammalati di Napoli e della Campania ma anche quelli che vengono trasferiti, spesso in elicottero, dalle isole e da altre regioni». Così il personale, che è sottodimensionato, non basta mai. «Se però c'è una partita o un evento che richiama l'attenzione della gente, il flusso di pazienti si riduce notevolmente. Significa che si viene al pronto soccorso anche quando non serve, come se fosse un ambulatorio».

Ma il ministro, accompagnata dal primario Fiorella Paladino e dal manager Rocco Granata, non si ferma al pronto soccorso. La visita a sorpresa fa tappa anche in medicheria, nel reparto di emodinamica e in rianimazione, dove ci sono i casi più difficili. «Il piano di rientro si fa sentire, i tagli sono pesanti anche se noi cerchiamo di mettere in campo investimenti mirati. Lo abbiamo fatto potenziando soprattutto l'emergenza e l'oncologia», chiarisce Granata. E la Lorenzin: «Purtroppo le Regioni in deficit sono quelle maggiormente penalizzate». Lo sanno bene quei medici che da anni lavorano con contratti a tempo determinato: «Il Cardarelli si regge sui precari - tuonano Pasquale Zenone, chirurgo prestatario al pronto soccorso, e l'internista Gisella Di Palma - Per noi è davvero dura. Non abbiamo certezze e siamo costretti a sopportare turni massacranti, pressioni enormi e una situazione di grave difficoltà finanziaria. Dall'azienda riceviamo solo il camice; tutto il resto, dai termometri alle divise, dobbiamo acquistarlo noi».

Il ministro ascolta e rilancia: «Ormai tutti gli ospedali italiani funzionano grazie ai precari, che sono 32mila. Per questo il problema va assolutamente risolto. Nel decreto sulla pubblica amministrazione abbiamo previsto la loro stabilizzazione, anche perché si tratta di costi già sostenuti dallo Stato. Bisogna accelerare e portare a termine l'iter burocratico». L'altro impegno è quello relativo allo sblocco del turn over: «Non è possibile che in un solo Paese ci siano venti sanità differenti. Bisogna cambiare. Neppure un ospedale come il Cardarelli, che è un'eccellenza, può fronteggiare un numero così elevato di accessi. Dobbiamo potenziare la rete territoriale coinvolgendo i medici di famiglia». Parole, queste, condivise dai sindacati. Per Vittorio Russo, presidente regionale dell'Anpo, «il Cardarelli ha una lunghissima tradizione per l'emergenza e il personale è sicuramente all'altezza. Ma non vedo nella politica una reale attenzione, se non meramente formale, a migliorare gli aspetti organizzativi». E Franco Verde, coordinatore provinciale dell'Anao, aggiunge: «Sul nosocomio grava un carico di lavoro insostenibile, la Regione non può non tenerne conto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Emergenza
Settemila accessi in 25 giorni
«Il presidio si regge grazie ai precari»



Sopralluogo La visita a sorpresa del ministro Beatrice Lorenzin al Cardarelli NEWFOTOSUDA, DILAURENZIO

La sanità Una svolta sulla riorganizzazione dall'incontro con Melchionda, Annunziata fa il pontiere

Ospedali, Squillante ci ripensa

Salvi posti letto e pneumologia
uno spiraglio per ostetricia
Direzione sanitaria a Calabrese

Maria Rosaria Sica

EBOLI. Tante novità nel campo della sanità, tra reparti, posti letto e direttori sanitari. Spiragli di luce per l'ospedale Maria SS. Addolorata di Eboli, che dovrebbe perdere il 30% dei posti letto sui dati censiti, ma in concreto ne perderebbe solo 6. Battipaglia perderà 20 posti letto, mentre Roccasaspide dovrebbe perderne 30, chi subirà di meno sarà Oliveto Citra che con i posti di riabilitazione andrà quasi in pari. Antonio Squillante, manager dell'Asl, salva però pneumologia ad Eboli e riflette sulla possibilità di mantenere aperto anche il reparto di ostetricia. «Sto riflettendo su questa possibilità, ma non ho ancora deciso», dice Squillante. Quali siano le motivazioni che abbiano spinto il direttore generale a considerare con più attenzione le decisioni prese non è dato saperlo, fatto sta che venerdì pomeriggio nella sede Asl di Nocera ha incontrato il sindaco di Eboli, Martino Melchionda alla presenza del presidente del comitato dei sindaci, Sergio Annunziata. Quest'ultimo nel suo ruolo operativo di raccordo tra i sindaci e la direzione generale per quanto riguarda la sanità e la programmazione. Annunziata, infatti, ha ricoperto anche con Bortoletti il medesimo ruolo di mediazione, fondamentale per raggiungere la stabilità tra le parti. Probabile che anche questa volta abbia fatto da paciere.

Altra importante e attesa novità è la decisione di applicare ai direttori sani-

tari, così com'è stato per i distretti, il principio della rotazione nelle direzioni. Sembra, dunque, che i quattro presidi saranno diretti solo da due direttori, Rocco Calabrese, attuale direttore sanitario di Battipaglia, andrebbe a gestire anche il presidio di Eboli, mentre il direttore di Oliveto, Umberto Di Filippo, potrebbe seguire anche quello di Roccasaspide. Questo almeno secondo i bene informati. «Abbiamo applicato questo principio anche per i distretti e la cosa ha funzionato bene - dice Sergio Annunziata - Sono certo che avremo lo stesso successo anche in questo caso. È nel mio interesse tutelare tutti e quattro i presidi, soprattutto quelli nelle zone più interne.

I sindaci Auricchio ha protestato per l'asse con Battipaglia ma ora si fa fronte comune contro Vallo

Bisogna fare pressione sulla regione per allargare il decreto 82, tagliando gli sprechi».

In questi giorni ci sono state polemiche forti tra il sindaco di Roccasaspide e i primi cittadini di Eboli e Battipaglia, per non essere stato coinvolto nella proposta presentata a Squillante. «Hanno pensato solo ai loro interessi - dice Girolamo Auricchio - Vogliono far chiudere il nostro ospedale». Sembra però che nei prossimi giorni ci sia l'intenzione di cambiare marcia in un'ottica di collaborazione. I sindaci delle città coinvolte dal piano pare abbiano intenzione di realizzare un documento congiunto da presentare al direttore generale per tentare di tutelare il numero dei posti letto complessivi andando ad intaccare altri presidi, come quello di Vallo della Lucania che al momento sembrerebbe quello più tutelato, soprattutto se verrà confermato il taglio dei posti letti al nosocomio di Roccasaspide che diventerebbero così 47, tutto a vantaggio di Vallo.

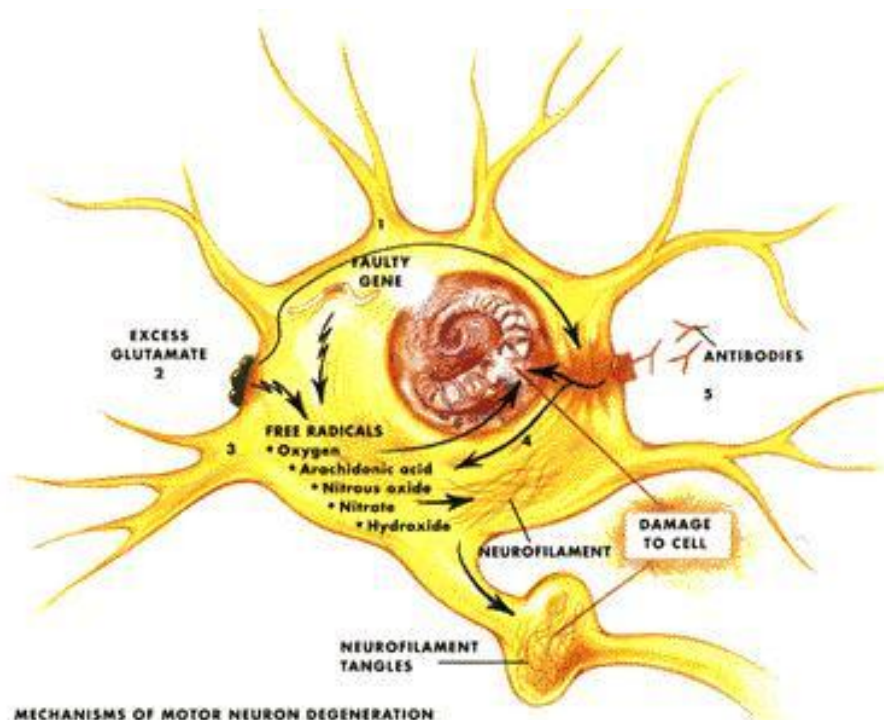


Controproposta Mario Rosario Ruffo e Martino Melchionda mentre presentano il loro piano per gli ospedali



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News

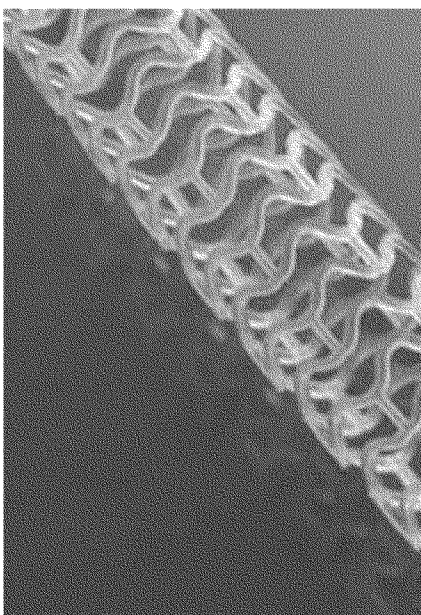


RIVOLUZIONE ANGIOPLASTICA

È partita anche nella Sanità pubblica della Campania, a Napoli, Avellino e Salerno, quella che viene definita «la quarta rivoluzione dell'angioplastica». A più di 10 anni dal primo intervento con gli stent medicati, la nuova frontiera nelle malattie coronariche è oggi il dispositivo biorassorbibile Bvs (Absorb), un device unico al mondo: non più una struttura metallica bensì un polimero che per alcuni mesi mantiene le stesse caratteristiche meccaniche di un metallo, ma che si riassorbe lentamente nel tempo fino a scomparire, entro 36 mesi. In un anno e mezzo in Italia ne sono stati impiantati più di 3000.

«La Campania è tra le regioni leader per l'utilizzo di questo dispositivo ad oggi ne sono stati impiantati oltre 500 — spiega il dottor **Ciro Mauro**, primario del

Il dispositivo biorassorbibile Bvs si riassorbe lentamente nel tempo fino a scomparire, entro trentasei mesi



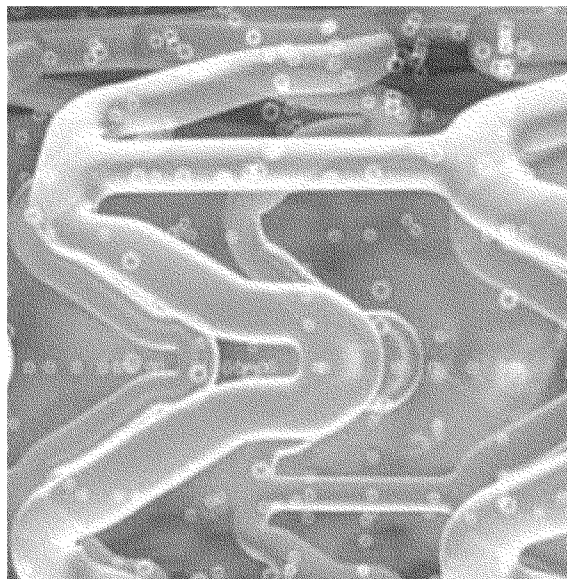
la divisione di Cardiologia Utic della A.O. Cardarelli di Napoli e delegato regionale Gise, società italiana di cardiologia invasiva — che tra i vantaggi, anche rispetto ai più recenti stent metallici medicati, dimezza il rischio che il vaso si chiuda di nuovo e svincola il paziente dall'obbligo di assunzione per tutta la vita delle terapie antiaggreganti. Il Bvs (Absorb frutto della ricerca Abbott®) è particolarmente indicato in pazienti al di sotto dei 60 anni, in quelli “naive”, cioè coloro che si sottopongono ad impianto per la prima volta e in quelli a rischio di re-interventi futuri». Con Mauro, nel corso di una giornata di studi a Napoli, hanno presentato l'innovazione e la sua applicazione **Bruno Trimarco** (direttore del Dipartimento ed Assistenza Integrata di Cardiologia, Cardiochirurgia ed Emergenze Cardiovascolari - Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II) insieme a **Giovanni Esposito**; **Maurizio Cappelli Bigazzi** (reparto di Cardiologia della Sun - A.O. dei Colli); **Giulio Bonzani**, responsabile del Dipartimento di Cardiologia A.O. dei Colli di Napoli; **Emilio Di Lorenzo**, Unità Operativa di Cardiologia Interventistica-Emodinamica A.O. Moscati, Avellino; **Pietro Giudice**, Unità Operativa Complessa di Cardiologia Interventistica-Emodinamica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Giovanni di Dio e **Ruggi d'Aragona** di Salerno. Branca d'eccellenza della sanità regionale, con i suoi veloci progressi la cardiologia interventistica sta contribuendo ad allungare la vita media anche in Campania riducendo i tempi di ospedalizzazione grazie alle nuove tecnologie. «Nel contesto dell'analisi dei dati Gise degli ultimi 4 anni la Campania — spiega il dottor **Ciro Mauro** — è sicuramente tra le regioni italiane che ha fatto di più e meglio per colmare il ritardo che la separava in termini di angioplastiche primarie, cardiopatie congenite e trattamento percutaneo delle patologie valvolari. Non c'è dubbio che il trend positivo per la nostra regione (talvolta in controtendenza rispetto a quello nazionale) comporti un'inversione di tendenza e l'instaurarsi di un circolo virtuoso in cui una migliore e più ampia offerta nel trattamento di patologie dram-

Addio metallo

La nuova frontiera nelle malattie coronariche è oggi il dispositivo biorassorbibile Bvs (Absorb): non più una struttura metallica bensì un polimero

maticamente aumentate per incidenza si accompagna ad un risparmio in termini di spesa sanitaria derivante non solo dalla minore migrazione sanitaria che per anni ha alimentato i bilanci di altre regioni, ma anche da una più attenta razionalizzazione delle risorse umane e dei materiali, dimostrando che anche se in tempi in cui è difficile investire, l'apertura di nuove strutture, se organizzate e gestite con un adeguato scopo, può rivelarsi una risorsa per l'intera collettività».

Campania in prima linea anche per quanto riguarda il prossimo studio multicentrico italiano al quale sono stati invitati tutti e sei i centri che utilizzano Absorb. It-disappears è promosso dalla Sici Gise con il sostegno di Abbott e coinvolgerà circa mille pazienti in oltre 50 centri ospedalieri italiani per 5 anni.



Campania, il dispositivo che si riassorbe c'è anche nella sanità pubblica

SE I PENSIERI SFUGGONO

La malattia di Alzheimer è la patologia neurodegenerativa più frequente nella popolazione italiana. Si calcola che non meno di 500mila persone ne siano affette in Italia. La malattia è «età correlata»: questo significa che la prevalenza (percentuale di casi sulla popolazione generale) e l'incidenza (percentuale persone che si ammalano ogni anno) crescono con l'aumentare dell'età media della popolazione. L'Italia è un paese che invecchia ed è pertanto verosimile che quel mezzo milione di persone affette da Alzheimer possano quasi raddoppiare entro la metà del secolo.

L'Alzheimer è causa di disagio profondo per il paziente e per chi lo assiste (il «caregiver»), ed il disagio del caregiver aumenta con l'incremento del carico assistenziale, fisico ed emotivo associato al progredire inesorabile dalla malattia. Per avere nozioni su come prevenire e affrontare questa malattia degenerativa, parliamo con il professore Bruno Ronga, direttore della Unità Operativa Complessa di Neurologia dell'Ospedale Cto (Aorn «Ospedali dei Colli»), diretta dal dottore Antonio Giordano.

Che cosa si intende per demenza?

«La demenza è una condizione caratterizzata dallo sviluppo di deficit cognitivi multipli, obbligatoriamente tra i quali un disturbo della memoria. Tali deficit devono essere di entità tale da determinare un impatto sul funzionamento della persona nelle attività sociali, lavorative e della vita quotidiana».

Quali sono i sintomi di esordio dell'Alzheimer?

«Tipicamente l'Alzheimer inizia con disturbi della memoria, il cui esordio è di solito insidioso, difficilmente databile ed il cui andamento è lentamente ingravescente. È opportuno, tuttavia, chiarire che il deficit di memoria non coinvolge tutte le dimensioni della funzione mnemonica. Questo perché, come ha ben dimostrato la neuropsicologia, non esiste un'unica memoria. Per esempio c'è una memoria, definita semantica, che rappresenta una sorta di enciclopedia menta-

le, in cui vi sono i significati concettuali delle parole e delle cose; esiste infine una memoria episodica, che è immaginabile come un magazzino in cui si depositano i ricordi degli eventi che abbiamo vissuto. Ebbene, è quest'ultimo tipo di memoria che è primariamente compromessa nell'Alzheimer. Ecco perché un paziente Alzheimer può ricordare relativamente bene gli eventi remoti, ma dimenticare quelli più recenti».

Quali altri sintomi sono necessari perché sussista una demenza?

«Non sono da trascurare disturbi di tipo spaziale, in particolare dell'orientamento nei luoghi, con la conseguente tendenza del paziente a perdersi. Quest'ultimo disturbo, chiamato disorientamento topografico, è considerato di serio sospetto per malattia di Alzheimer».

L'Alzheimer esordisce sempre come demenza o esiste una fase che potremmo definire di prelievo?

«A volte capita che la persona sperimenti un deficit cognitivo isolato, generalmente a carico della memoria, senza apparente impatto funzionale. Definiamo tale condizione come disturbo cognitivo lieve. Tale condizione non prelude necessariamente all'Alzheimer, ma è sicuramente il più serio fattore di rischio che si conosca, in quanto circa un soggetto su sei con disturbo cognitivo lieve svilupperà demenza nell'arco dell'anno successivo».

Quali sono le cose da fare in ca-

L'esordio

«L'Alzheimer inizia con disturbi della memoria, il cui esordio è di solito insidioso, difficilmente databile»

so di sospetto di Alzheimer?

«La prima cosa da fare è ricorrere al medico di famiglia. Successivamente è opportuno rivolgersi a strutture con comprovata esperienza nella diagnosi e nella terapia della malattia, quali le Unità Valutative Alzheimer territoriali o ospedaliere, tra le quali rientra quella incardinata nella Unità Operativa Complessa che dirigo da oltre dieci

anni al Cto, con la fondamentale collaborazione del dottore Alessandro Iavarone».

Che cosa prevede il protocollo diagnostico e terapeutico?

«Il protocollo è codificato da linee-guida e contempla l'anamnesi neurologica mirata, l'esame neurologico, i test cognitivi ed esami strumentali e di laboratorio, tra i quali necessariamente una Tac o una Risonanza Magnetica del cervello».

Che cosa dire al familiare che dovesse scoprire che il suo congiunto ha l'Alzheimer?

«La comunicazione e la collaborazione con la famiglia sono fondamentali nella gestione della persona Alzheimer, in particolare con il familiare che assume su di sé il ruolo di principale aiuto al paziente (in inglese tale familiare è definito caregiver). Soltanto un rapporto di disponibilità e di leale collaborazione con il caregiver permette di contestualizzare il lavoro con il paziente in una dimensione di relazione di aiuto. A tale proposito ritengo che l'atteggiamento migliore sia quello di realizzare un rapporto franco, che se da un lato eviti le «pietose bugie», dall'altro si apra all'empatia ed alla compassione (nel senso etimologico della parola). In tale prospettiva un lavoro proficuo della nostra Uva è stato possibile grazie anche alla collaborazione con il mondo delle associazioni, tra le quali mi preme ricordare l'Aima Campania».

Esistono terapie efficaci per l'Alzheimer?

«Purtroppo non disponiamo ancora sul mercato di farmaci in grado di intervenire sulle cause della malattia o sui principali meccanismi biologici che la conducono ad esprimersi. Tuttavia, sono disponibili farmaci sintomatici che si sono rivelati efficaci in numerosi studi clinici. Sono farmaci erogabili dal Ssn ma non da tutti i medici anche se specialisti, in quanto la loro prescrizione è riservata alle Uva. Al Cto noi possiamo prescriverli tutti».

Una speranza per il futuro?

«La speranza sono nella ricerca clinica e di base, in particolare mi riferisco agli studi che stanno chiarendo i meccanismi molecolari della formazione dei due principali killer del cervello che ammalano di Alzheimer, vale a dire le placche amiloidee ed i grovigli neurofibrillari. Personalmente, con un termine diplomatico, direi che al riguardo sono cautamente ottimista».

Rosaria Désirée Klain

Alzheimer:
una realtà
che assilla
numeroso
famiglie
Ne parliamo
con Ronga

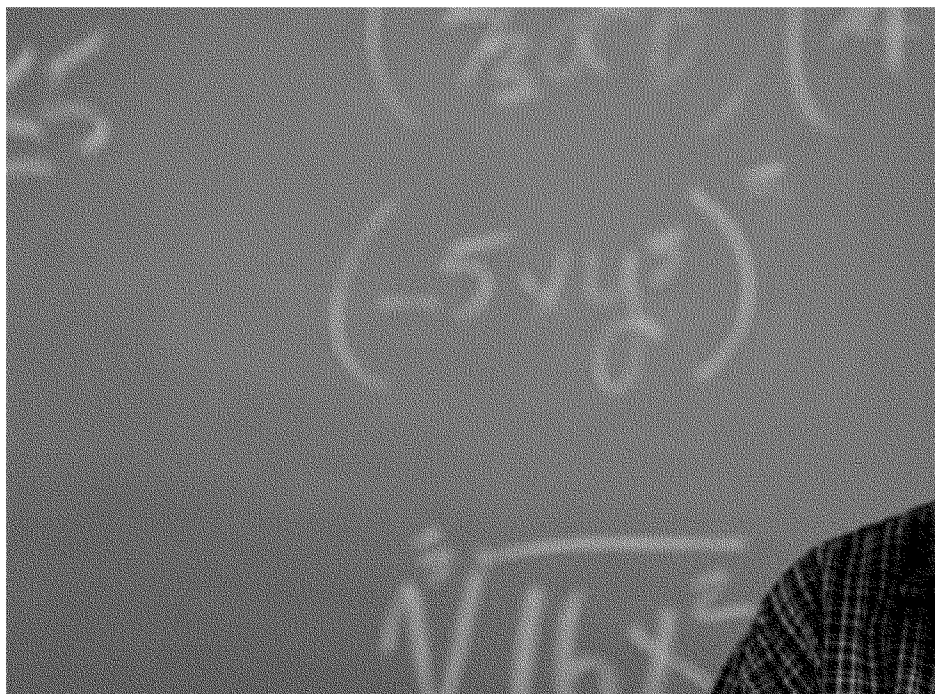


La due giorni A Città della Scienza logopedisti, esperti del mondo della scuola e delle istituzioni a confronto sul problema infantile sempre più diffuso

Dislessia, un incontro per conoscerla

Due giornate di dibattito (sabato 8 e domenica 9 a Città della Scienza) per affrontare uno dei temi più angosciosi e confonde mamme e papà di tutta Italia, quello dei disturbi specifici dell'apprendimento (Dsa). Disturbi tra i quali, tanto per intendersi, rientra anche la dislessia; problemi che possono generare nei bambini una serie di disagi psicologici, anche gravi, ai quali non sempre il sistema sanitario, la scuola o la rete familiare sono capaci di trovare un rimedio efficace e rapido. Anzi, in Campania, complice un costante piano di revisione della spesa, molte famiglie si trovano spesso sole ad affrontare la questione, tra diagnosi che tardano ad arrivare, terapie difficilmente accessibili e scuole non sempre all'altezza. Ecco perché l'esigenza di un momento di confronto. «Questo convegno - spiegano gli organizzatori Giovanna Gaeta e Francesco Bianco - si propone di orientare i genitori in un labirinto spesso insormontabile, ma vuole anche essere un punto di incontro e un riferimento per la realtà partenopea, facendo riferimento agli addetti ai lavori».

Non a caso il parterre di esperti sarà molto ampio: da Giacomo Stella (ordinario all'Università di Reggio Emilia e tra i fondatori dell'Associazione Italiana Dislessia) ad Annamaria Scanu (referente per provveditorato di Napoli sulle disabilità), passando per Giovanni Del Rio (professore universitario già preside della facoltà di Medicina e Chirurgia della Seconda Università di Napoli e referente per il tavolo tecnico sui Dsa in Regione Campania), Salvatore Pace (responsabile scuola del Comune di Napoli e preside del Liceo Pansini), Angela Cortese (consigliere Regione Campania segretario della VI Commissione consiliare permanente Istruzione e Cultura, Ricerca Scientifica, Politiche sociali.), Giuseppe Desideri (presidente nazionale Associazione maestri cattolici italiani), Stefania Tondo (professoressa al Suor Orsola Benincasa), Rossella Stornaiuolo (dirigente scolastico e formatore dell'Associazione italiana dislessia), Titti Gaeta (presidente associazione Dislessia un limite da superare), Pia Santangelo (psicologa), Monica Bertelli (psicologa Referente Scientifica Anastasis per i Progetti sui Bisogni Educativi Speciali), Nicola Abbamondi (neuropsichiatra responsabile del servizio Riabilitazione dell'Asl Napoli 1), Luisa Comenale Pinto (Dirigente - neuropsichiatria infantile II Università di Napoli), Giampina Grimaldi (Dirigente responsabile del reparto di Neuropsichiatria infantile dell'Ospedale Pediatrico Pausilipon di Napo-



li), Francesca Scotto Rosato (psicologa ausilioteca didattica dell'associazione Ipertesto) e Luca Grandi (referente informatico responsabile del centro ricerche per l'Anastasis). Tre su tutte le domande alle quali si cercherà di dare una risposta: Cosa stanno facendo le istituzioni per l'educazione e la formazione dei docenti? Cosa si fa per la cura e l'assistenza? E ancora, cosa stanno facendo le istituzioni politiche regionali e cittadine?

«È giusto - dice Francesco Bianco, logopedista e presidente dell'Associazione Ipertesto - che le varie figure preposte si trovino in un confronto propositivo, un momento anche formativo. Non meno importante è che i genitori e le persone che vivono questa condizione di disagio abbiano dei modelli da praticare e da seguire». Ed è per questo che due associazioni che operano sul territorio da oltre 15 anni, come l'Aid di Napoli e l'Associazione Ipertesto, appunto, hanno voluto con tanta forza l'appuntamento del prossimo week end. «Nonostante esista da ormai tre anni una apposita legge regionale - chiarisce la dottoressa Giovanna Gaeta logopedista, formatore AID e genitore di un adolescente dislessico - molte scuole non sono ancora aggiornate e non sanno come identificare i segnali dei Dsa. Non è ammissibile che 2014 i genitori continui-

no a sentirsi dire "suo figlio è svogliato", né è accettabile che la scuola diventi una specie di parcheggio, in attesa di passare la patata bollente a qualcun altro. Devo dire che rispetto al passato la situazione è migliorata, ma ancora esistono importanti gap tra i diversi istituti scolastici e tra le strutture sanitarie.

Oggi insomma siamo ancora in una situazione di grande incertezza, e questo naturalmente finisce per ripercuotersi sui ragazzi e sulle loro famiglie». Ed è certamente grave anche il fatto che per una diagnosi certa e magari per delle terapie efficaci si debba incappare spesso in liste d'attesa lunghe dei mesi, tanto che il più delle volte tra lungaggini burocratiche ed esami vola via un intero anno scolastico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Deficit uditivo

Se non senti bene, attento anche al cervello

«Oggi sappiamo che tra ipoacusia e decadimento mentale esiste una relazione bidirezionale: un grave deficit uditivo è in grado di aumentare di ben cinque volte, in maniera indipendente rispetto ad altri fattori, il rischio di sviluppare demenza». Così Alessandro Martini, direttore del dipartimento di neuroscienze e organi di senso e docente di otorinolaringoiatria dell'Azienda Ospedaliera dell'Università di Padova. «Dobbiamo, quindi, intervenire tempestivamente sul danno uditivo con opportuni test audiometrici e i giusti apparecchi acustici, in modo da contrastare il più possibile il decadimento della funzione uditiva e di conseguenza della funzione mentale. Il pericolo di decadimento cognitivo è direttamente proporzionale al livello di ipoacusia». Con una perdita uditiva le informazioni arrivano male al cervello. Questo aumenta la fatica nel capire e alla fine della giornata ci si sente estremamente stanchi. Lo sanno bene gli esperti dei centri acustici Cisas che, da Napoli a Vico Equense, coprono il territorio campano con i loro servizi. Oltre all'esperienza di audioprotesisti e audiometristi laureati, i Cisas offrono una completa gamma di prestazioni preziose tra cui

scegliere per ridare e mantenere la piena efficienza dell'udito: dai test di controllo gratuito, passando per assistenza a domicilio, fino ai colloqui formativi per chi si avvicina all'utilizzo degli apparecchi. Del legame tra ipoacusia e declino cognitivo si è parlato nel corso della presentazione del consensus paper «Sentire bene per allenare la mente». «Nei prossimi trent'anni la percentuale di anziani raddoppierà e nel 2050 gli ultrasessantenni saranno quasi due miliardi (il 21% della popolazione mondiale) - spiega Roberto Bernabei, direttore del dipartimento per l'assistenza sanitaria di geriatria, neuroscienze e ortopedia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma - nello stesso periodo, anche le persone affette da sordità raddoppieranno e supereranno il miliardo, l'allungamento della vita media è un dato di fatto. Dobbiamo prendere atto di come il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione sia correlato al deficit dell'udito. Ebbene, se oltre il 90% delle persone con più di 85 anni ha un disturbo dell'udito, c'è il rischio paradossale di arrivare tutti a vivere fino a 100 anni di età, ma senza accorgercene».

Mariella Accardo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scoperta Uno studio californiano prova che lo stato dell'intestino influisce direttamente sul cervello

Domani i microbi ci salveranno

Gli organismi microscopici possono combattere le malattie

di MASSIMO
PIATTELLI PALMARINI

Per meglio comprendere la novità e l'importanza di un lavoro appena pubblicato sulla rivista specializzata «Cell» da Sarkis K. Mazmanian e undici collaboratori dell'Istituto di Tecnologia della California, riguardante le interazioni tra microbioma e disturbi cognitivo-comportamentali, occorre fare un passo indietro.

Negli ultimi dieci anni circa, ma ancor più negli ultimissimi tre o quattro, abbiamo assistito a una vera e propria rivoluzione nel mondo della biomedicina. Si tratta dello studio del microbioma, ovvero delle molteplici scoperte sull'identità, la genetica e la distribuzione delle migliaia di miliardi di microrganismi che popolano il nostro corpo. Grazie all'esplosione di potenti tecnologie che consentono di sequenziare qualsiasi materiale genetico di qualsiasi provenienza, ci siamo resi conto che i microbi presenti intorno e dentro di noi sono almeno dieci volte di più, e molto più eterogenei, di quelli che venivano tradizionalmente identificati in coltura. Pullulano batteri, funghi e altri infinitesimi organismi viventi soprattutto nell'intestino (dove vivono mille miliardi di microrganismi per ogni grammo di tessuto), ma anche nel profondo della pelle, nelle mucose, nella congiuntiva, la saliva, gli organi genitali, le vie aeree, giù giù fino agli infraditi. Un attivo progetto internazionale, lo «Human Microbiome Project Consortium», sovvenzionato dai National Institutes of Health, raccoglie i sempre più numerosi dati e cerca di armonizzare e unificare i protocolli sperimentali.

Per darci un'idea approssimativa della rivoluzione microbiomica, immaginiamo di effettuare il seguente bizzarro esperimento. Prendiamo il Signor Mario Rossi, nudo in piedi di fronte a noi. Ora rimuoviamo tutte, proprio tutte, le cellule del suo corpo, ma lasciamo intatto l'universo di microrganismi che popolano il suo corpo. Ebbene, avremmo ancora di fronte una brulicante ma nettissima scultura del Signor Mario Rossi. Il numero di tali microrganismi è, infatti, almeno dieci volte più grande del numero di cellule del nostro corpo. Tradizionalmente abbiamo associato i batteri alle

malattie infettive, il che non è certo falso, ma sempre più ci rendiamo conto che la nostra salute dipende in modo essenziale dalla pacifica coabitazione con questo universo di microrganismi. Infatti, con raffinate e costose tecniche, in alcuni laboratori, si ottengono topi completamente privi di ogni microbiota, il che permette di somministrare loro selettivamente in tempi diversi solo popolazioni prescelte di microrganismi. Ebbene, tali artificiali «purissime» creature hanno esistenza molto precaria. In altre parole, coesistere con il nostro personale microbioma è un grande vantaggio, anzi, una necessità.

Alcuni dati vanno tenuti ben presenti.

Il primo è che tali diverse specie di microrganismi sono talvolta assai simili, ma possono anche essere, nel loro piccolo, tanto diverse quanto (poniamo) un crotalo e un cammello. Le attuali efficienti tecniche di sequenziamento del DNA lo mettono ben in evidenza.

Il secondo dato è che si tratta di popolazioni in continua fluttuazione. Pochi giorni di cambiamento di dieta, per esempio da carnivora a vegetariana, bastano a sovvertire la popolazione batterica intestinale. Infatti, trapianti ben mirati di microbioma si stanno rivelando molto efficaci nel trattamento di svariati tipi di affezioni, sia nel topo che negli esseri umani.

Terzo, e non meno importante dato, è la grandissima variabilità complessiva del microbioma, non solo tra individui diversi e ancor più tra popolazioni umane diverse, ma anche tra diversi siti corporei nello stesso individuo: le comunità di microbi sulla pelle, nell'intestino e nelle vie aeree sono profondamente diverse nei loro profili.

Ebbene, veniamo ora al lavoro appena pubblicato.

Già si sapeva che, negli esseri umani, disturbi dello sviluppo nervoso e comportamentale, tra i quali lo spettro diagnostico dell'autismo, si accompagnano spesso a disturbi gastrointestinali, talora anche gravi. Mazmanian e colleghi hanno voluto vederci più chiaro ed hanno studiato queste correlazioni nel topo. In sostanza, osservando le alterazioni del microbioma

gastrointestinale nelle madri e introducendo poi nella prole un batterio presente nell'uomo (chiamato *Bacteroides fragilis*) che modifica la permeabilità e l'ecologia intestinale, hanno ottenuto miglioramenti in preesistenti difetti del comportamento comunicativo, maggiore resistenza allo stress, minori sintomi di ansia e miglior successo in prove di motricità e sensibilità.

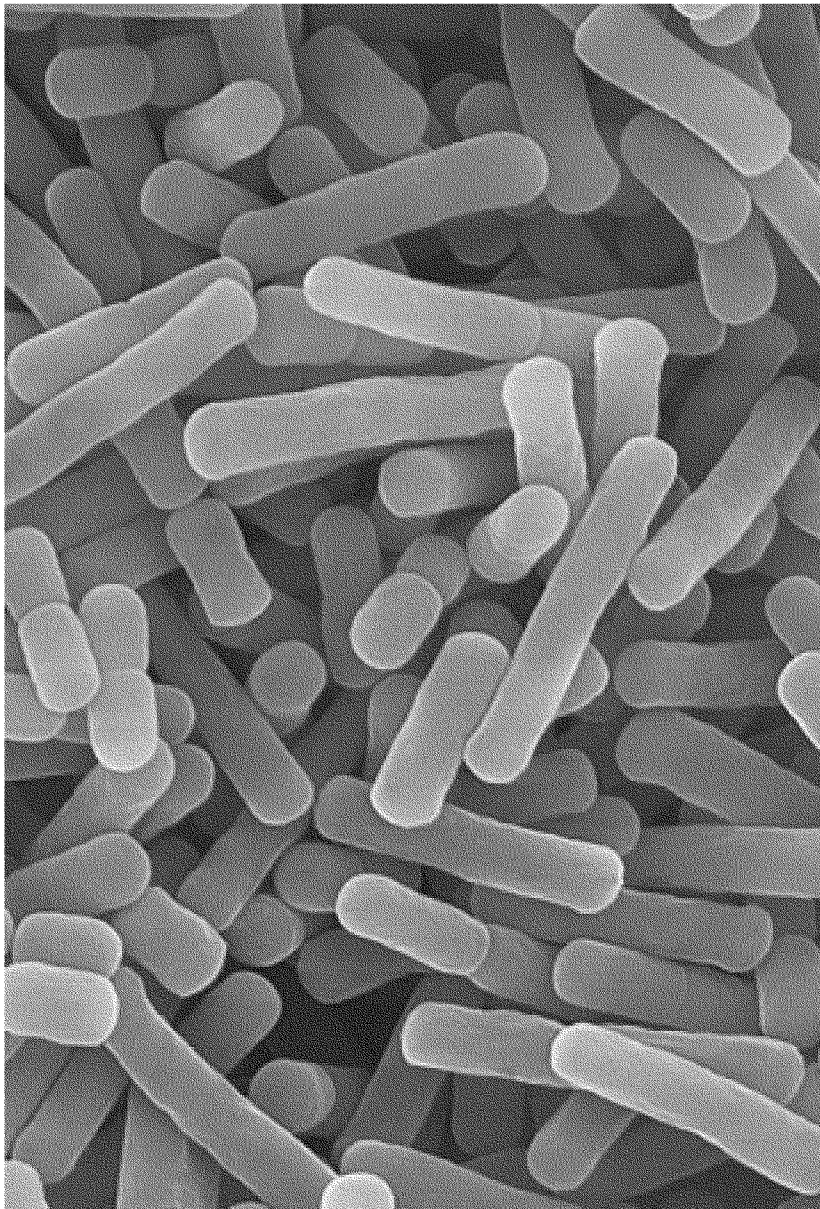
L'introduzione di questo microrganismo ha radicalmente alterato varie componenti del metabolismo, grazie alla capacità che questi batteri hanno di produrre sostanze necessarie all'organismo che li ospita.

Altri raffinati esperimenti, con topi sterili e con inserzioni mirate di tali microrganismi, hanno confermato l'impatto che il metabolismo intestinale ha sul cervello e sul comportamento.

La conclusione di questi studiosi è che esiste, almeno nel topo, un asse intestino-cervello che è mediato dal microbioma ed ha nette conseguenze su sindromi che riproducono lo spettro dei disturbi autistici.

Potenzialmente, appropriate terapie probiotiche attive sulla barriera gastro-intestinale potrebbero essere utili per trattare i disturbi dello sviluppo nervoso anche nell'uomo. Mazmanian e colleghi dicono che si tratta di un'idea «trasformativa» (*sic*), di possibile applicazione a un vasto spettro di disturbi neurologici e comportamentali che coinvolgono l'apparato immunitario e l'intestino, aggiungendo che le terapie basate sul microbioma sono efficaci e hanno il vantaggio di essere prive di rischi.

Come Mazmanian ama dire, «per fortuna, non siamo soli al mondo». I microbi, nostri storici nemici, potrebbero diventare i nostri amici migliori.



Un'immagine ingrandita del «Lactobacillus Bulgaricus» (Corbis)

Effetti positivi

Progressi nel comportamento,
maggiore resistenza allo
stress, minori sintomi di ansia,
una accentuata sensibilità

L'IMPOSSIBILE PREVENZIONE

Alzheimer senza illusioni

L'ipotesi che siano accumuli di proteine di scarto (placche) a causare le demenze è messa in forte dubbio da studi recenti oltre che dalle cure inefficaci
di Arnaldo Benini

La malattia di Alzheimer è la causa più frequente di demenza. Il fattore predisponente è l'età avanzata. L'allungamento della vita si sta accompagnando inevitabilmente all'aumento del numero di anziani dementi. Oggi, nel mondo, sono circa 30 milioni, fra vent'anni saranno più del doppio. Nonostante la mole di studi (di cui riferiscono ottime riviste specializzate), sulla malattia conosciamo quanto sapeva Alois Alzheimer quando la descrisse nel 1906. Cioè, ben poco. Gli aggiornamenti del 2013 sono concordi nell'escludere l'efficacia di prevenzioni e cure. Posta la diagnosi, non c'è che proteggere, accudire e accompagnare le persone colpite: un impegno familiare e sociale enorme, di cui poche società sembrano essere del tutto consapevoli.

Il carburante del cervello sono le proteine, che esso produce giornalmente in sovrabbondanza. Un terzo di loro è dannoso o inutile. I neuroni se ne liberano giornalmente con la pulizia chiamata autofagia. Quando essa, per ragioni sostanzialmente ancora oscure, prende a far difetto, proteine di scarto si accumulano fra i neuroni sotto forma di placche, più tardi anche dentro i neuroni. Gli accumuli provocherebbero la morte di neuroni e sinapsi e quindi la demenza. Giacché essi si trovano regolarmente nel cervello dei dementi con i sintomi della malattia di Alzheimer si pensò e si pensa ancor oggi che ne siano la causa. Recenti dati rinforzano però i dubbi su questa ipotesi, già sorti per il fallimento delle cure basate su di essa. Si è visto che accu-

muli di proteine si trovano nei cervelli di bambini e di adolescenti, in cervelli senza alcun segno e sintomo di demenza, e in cervelli di persone molto anziane decedute in condizioni mentali normali. Per casi di persone mentalmente integre con accumuli nel cervello si è coniata la sibillina diagnosi di *Alzheimer senza Alzheimer*.

L'ipotesi che le placche senza demenza sarebbero il segno precoce della malattia non è confermata. La tentazione di porre diagnosi precoci di Alzheimer in persone mentalmente sane è stata fortunatamente abbandonata, non solo per mancanza di misure preventive, ma perché non si può prevedere quando e se le persone con gli accumuli nel cervello diventeranno dementi. La diagnosi cosiddetta precoce rischierebbe di aumentare i suicidi. Ricercatori brasiliani hanno analizzato 14 cervelli di donne decedute fra i 71 e gli 88 anni: cinque con placche e «demenza moderata» e quattro con placche senza demenza, vale a dire con l'*Alzheimer senza Alzheimer*. I cervelli senza placche di cinque donne decedute per malattie non neurologiche, con mente intatta, servivano da controllo.

I cervelli furono studiati con la nuova tecnica dell'"isotopic fractionator", che consente di valutare la composizione e la densità cellulare delle aree cerebrali. Lo studio è limitato a pochi casi, va preso con cautela e corroborato con ben più ampia casistica, ma i risultati sono sorprendenti. Si è trovata una riduzione molto forte del numero di neuroni nell'ippocampo e nella corteccia cerebrale di pazienti dementi e con placche, mentre i cervelli con placche identiche a quelle di cervelli di dementi, ma senza demenza (cioè gli *Alzheimer senza Alzheimer*), hanno la densità dei neuroni uguale a quella dei cervelli di controllo. Inoltre, solo nei cervelli di pazienti dementi con placche c'è, oltre alla rarefazione dei neuroni, anche un aumento considerevole della glia (cioè di cellule cerebrali non nervose, in parte capaci d'attività elettrica)

nella corteccia specie del lobo frontale e in regioni sottocorticali. Il dato anatomopatologico specifico della demenza di Alzheimer non sarebbero le placche, ma la massiccia rarefazione primaria di neuroni e l'aumento della glia. La causa della demenza sarebbe dunque la morte dei neuroni per un male loro proprio, non per avvelenamento e distruzione da parte di accumuli di proteine di scarto.

Resta da capire se e perché gli accumuli sono presenti in tutti i casi di demenza di Alzheimer. I neuroni formati durante lo sviluppo non si divideranno più, conservando dentro di loro scorie e organelli usurati e lesi. Per l'impossibilità di distribuire le scorie a cellule figlie, i neuroni hanno un invecchiamento diverso dalle altre cellule. La loro morte è dovuta a una malattia, cioè a qualcosa d'imprevisto e imprevedibile, o, come già sospettato, è la fine prevista dai geni sin dalla loro formazione? In questo caso interventi preventivi e curativi della malattia di Alzheimer sarebbero ardui, perché manipolando i geni del cervello si rischiano guai enormi. L'aumento della durata della vita rende la fragilità mentale una delle più gravi minacce all'umanità.

ajb@bluewin.ch

© RIPRODUZIONE RISERVATA

C.H. Andrade-Morales, A.V. Oliveira-Pinto, E. Castro-Fonseca, et al. Cell changes in Alzheimer's disease related to dementia, not to plaque and tangles Brain, «A Journal of Neurology 136» (12) pagg. 3-738-3-752, 2013

ALLENARE IL CERVELLO

Si chiama Train the Brain (tieni allenato il cervello). È un progetto del Cnr realizzato a Pisa dal neurofisiologo Lamberto Maffei che si propone di attuare interventi per contrastare i devastanti effetti delle più diffuse malattie neurodegenerative, come l'Alzheimer e la demenza vascolare, agendo allo stadio iniziale. Lo studio clinico e sperimentale verificherà l'efficacia di un intervento combinato di esercizio fisico e attività intellettuali, musicali, ludiche nel rallentare o arrestare la progressiva perdita di materia cerebrale. Il declino cognitivo è legato all'invecchiamento e l'Italia (7-800mila pazienti affetti da demenza e circa 100mila nuovi casi ogni anno) è particolarmente interessata, avendo una delle popolazioni più vecchie al mondo, assieme a Giappone e Corea. Purtroppo la letteratura recente e recentissima sull'Alzheimer non avvalorava nessuna prevenzione e nessuna terapia con dati certi, secondo la evidence based medicine (medicina basata su prove di efficacia). Ciò non toglie che si debba intervenire per mantenere e migliorare la qualità di vita aiutando malati e rispettive famiglie a «vivere bene con la demenza», come sottolinea l'ultimo Rapporto Mondiale Alzheimer 2013. Il rapporto, presentato lo scorso settembre, sollecita i governi a «fare della demenza una priorità»; a implementare piani nazionali e avviare urgenti dibattiti su accordi per l'assistenza a lungo termine; a moltiplicare i finanziamenti per dare nuova linfa al lavoro di prevenzione e assistenza. Attualmente il costo globale dell'assistenza per la demenza supera i 600 miliardi di dollari, ovvero l'1% del Pil mondiale, ma è destinato ad aumentare con l'esplosione dell'epidemia globale di Alzheimer. Tra il 2010 e il 2050 il numero totale di anziani nel mondo non autosufficienti è destinato a triplicare da 101 a 227 milioni e la metà di essi sarà affetta da demenza. (Antonia Bordignon)

Tumori. Testa e collo, li scoprirà il sangue

Roma. Un prelievo di sangue dirà chi è a rischio di tumori al collo e alla testa e porterà a cure personalizzate. Parte all'Università Cattolica di Roma un progetto di ricerca, finanziato da Airc e Fondazione Veronesi, per scovare nel sangue dei biomarcatori diagnostici e prognostici di tumori di testa e collo, neoplasie sempre più diffuse. Gli scienziati cercheranno nel sangue delle molecole (piccoli Rna) che permettano di tracciare la carta d'identità della malattia per ciascun paziente e quindi un giorno di personalizzare le cure.