



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Nuovi approcci per i tumori della pelle

«Cheratosi attinica, carcinomi spinocellulari, carcinomi basocellulari (basaliomi) e melanomi sono in crescita. Nel 2016, in Italia, sono stati registrati quasi 180mila nuovi casi di carcinoma basocellulare - la forma di cancro della pelle più frequente e meno aggressiva - ma il numero è sottostimato perché la registrazione di nuovi casi spesso non viene fatta. Secondo le statistiche quindi, nel nostro Paese, una persona su cinque svilupperà nella vita un basalioma. Tra le cause del fenomeno l'esposizione al sole non controllata, l'uso di prodotti solari non idonei, l'inquinamento ambientale e l'invecchiamento della popolazione». Lo ha affermato il prof. Piergiacomo Calzavara Pinton, Presidente SIdMaST (Società Italiana di

Dermatologia medica e chirurgica, estetica e di Malattie Sessualmente Trasmesse), al 3° Corso Europeo di Fotodermatologia che si è svolto a Brescia. «Nel nostro Paese pochi centri pubblici applicano la fototerapia dinamica, che potrebbe curare carcinomi basocellulari senza procedura chirurgica e cicatrici nel 10% circa dei pazienti (ma non in quelli colpiti da melanoma) - ha spiegato il professor Calzavara Pinton, che è anche Direttore del Dipartimento di Dermatologia all'Università di Brescia -. Consiste nell'utilizzo della luce visibile. Prima si applica un prodotto non tossico per rendere più sensibili le cellule tumorali, poi si illumina la parte interessata con luce rossa e il tumore si suicida scomparendo senza cicatrici».

PREVIDENZA

La spesa di sanità e welfare è destinata ad aumentare

Pier Paolo Baretta ▶ pagina 18

Lo scenario. L'effetto dell'aumento della vita media

La spesa per welfare e sanità è destinata a crescere ancora

L'IMPEGNO UE A GÖTEBORG

Consentire a ogni persona di accedere in tempi rapidi a un'assistenza sanitaria preventiva e curativa di qualità a costi accessibili

Pier Paolo Baretta

«Ogni persona ha il diritto di accedere tempestivamente a un'assistenza sanitaria preventiva e terapeutica di buona qualità e a costi accessibili».

È questo l'impegno che hanno assunto il 17 novembre, a Göteborg, i leader europei con l'approvazione della Carta Ue dei diritti sociali, che al punto sedici pone l'attenzione sull'Assistenza sanitaria. Sullo stesso piano si pone la scelta del Governo italiano di misurare l'andamento dell'economia, andando al di là del Pil e inserendo - primo in Europa e nel G7-12 indicatori di benessere equo e sostenibile, quattro dei quali nella legge di bilancio. Dei dodici, tre hanno impatto sulla salute pubblica: le emissioni di CO₂ e di altri gas clima alteranti, la speranza di vita in buona salute alla nascita e l'eccesso di peso.

Ciò diviene ancor più importante in questa fase, nella quale tutti gli indicatori e gli osservatori ci dicono che la crescita economica c'è, è una realtà. Ma una crescita che non si occupa della qualità del modello economico sociale e lasciasse fuori gioco troppe persone che prospettiva può avere? Non rinunciamo, perciò, a pensare a un'economia capace di ridurre le disuguaglianze,

sostenere la crescita e puntare ad una equa redistribuzione delle risorse. È in questo contesto che deve inserirsi una riflessione sul nostro sistema sanitario, che pure è uno dei migliori del mondo.

Da un lato, va ricordato che rispetto alla media europea la nostra spesa sociale è più contenuta. Questo divario si riduce se rapportato al Pil: l'Italia è al 9,4%, contro il 10,4% dell'Europa Occidentale, ma assume contorni preoccupanti se confrontato con i ritmi di crescita. Negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria pubblica italiana è cresciuta dell'1% medio annuo contro il 3,8% degli altri Paesi dell'Europa Occidentale. Dall'altro lato, sappiamo che la spesa di welfare, e sanità, è destinata a crescere. Lo dimostrano le nostre curve demografiche e i dati sull'aspettativa di vita: in Italia, gli uomini vivono in media più di 80 anni, quota che sale a quasi 85 anni per le donne. È un dato positivo, ma che impone anche una riflessione profonda sulle scelte di sanità pubblica, sempre più orientate al modello del long term care.

Si impone, a questo punto, una domanda decisiva: lo Stato sarà in grado di far fronte, da solo, a questa crescente domanda di welfare, mantenendone la qualità e la universalità? No! E non serve continuare a difendere un universalismo di facciata dietro al quale si celano profonde disuguaglianze e livelli decrepiti di assistenza.

Cosa possiamo fare per tra-

sformare questo problema in un'occasione?

La prima strada è dare vita a un nuovo paradigma interpretativo che assuma l'invecchiamento della popolazione come una risorsa e non come un problema. Ciò è possibile grazie alla diffusione dell'idea di Silver Economy, l'insieme di servizi e di prodotti (non solo sanitari) destinati alla platea degli over 50 che Merrill Lynch nel 2014 stimava valesse 7 mila miliardi di dollari all'anno.

Una seconda strada è di tipo fiscale. Abbiamo visto che ci sono margini di miglioramento dei costi che non sono tagli di servizi, anzi il contrario. È applicabile lo stesso principio alla fiscalità? È possibile cioè ripensare alla riforma della fiscalità secondo principi di redistribuzione sociale. Che rapporto c'è tra il sistema di esenzioni e il reddito? Faccio un esempio. Non si favorisce un benessere equo e sostenibile se chi vive con una pensione sociale, e chi ha una condizione economicamente agiata hanno le stesse detrazioni? O, di fronte al ticket (salvo, ovviamente, gli incapienti)? Resta, a 50 anni, sempre valido l'insegnamento di don Milani, per il quale: «fare parti uguali tra disuguali» non è giustizia! Ed è anche diseconomico.

Una terza strada è la condivisione. Lo Stato italiano deve essere in grado di siglare un nuovo patto sociale con i cittadini, basato sulla compartecipazione tra pubblico e privato. Penso al grande mondo del Terzo settore e all'attenzione legislativa che, finalmente, c'è. Penso al welfare aziendale o ai Fondi sanitari integrativi, frutto della contrattazione collettiva che lo Stato deve mettere in condizione di intercettare la massa consistente di quei 36 miliardi l'anno di spesa privata. Vanno in questa direzione gli incentivi fiscali previsti nella legge di bilancio 2017.

Siamo di fronte ad una sfida affascinante, che, come succede in ogni passaggio d'epoca, passa attraverso una capacità di visione e di innovazione. Il traguardo del benessere equo e sostenibile promosso dalle Nazioni Unite trova nella sanità uno dei suoi principali banchi di prova. L'Italia parte avvantaggiata. Ciò aumenta le nostre responsabilità ed il nostro impegno.

*Sottosegretario al ministero dell'Economia
GIUSEPPE DI BELTRANDINO*

Interpello. Il ministero conferma l'ambito di azione della contrattazione collettiva

Orario derogabile per la sanità privata

Angelo Zambelli

■ Anche dopo l'abrogazione della disciplina derogatoria introdotta dal Dl 112/2008, l'orario di lavoro del personale sanitario occupato presso le strutture private continua a essere regolato dalla contrattazione collettiva di settore, alla quale è concesso di derogare ai limiti previsti, in via generale, dal Dlgs 66/2003. Questa la posizione espressa dal ministero del Lavoro nella risposta all'interpello 4/2017 pubblicata ieri.

A sollecitare l'intervento del ministero è stata l'Associazione religiosa istituti socio sanitari (Aris), che ha formulato istanza al fine di conoscere se l'articolo 14 della legge 161/2014 sia o meno applicabile anche ai lavoratori del settore della sanità privata.

Per comprendere la questione è opportuno ricostruire il complesso intreccio normativo che regola la materia. L'orario di lavoro è disciplinato, in via generale, dal Dlgs 66/2003 il quale fissa, all'articolo 4, la durata massima e, all'articolo 7, il riposo giornaliero.

Lo stesso decreto prevedeva, tuttavia, al comma 6-bis dell'articolo 17, che le disposizioni dell'articolo 7 non si applicassero «al personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori».

Un successivo intervento normativo (articolo 41, comma 13, del Dl 112/2008) ha poi stabilito che le disposizioni degli articoli 4 e 7 del Dlgs 66/2003 non si applicano al personale delle aree dirigenziali degli enti e delle aziende del servizio sanitario nazionale.

Ebbene, entrambe le norme derogatorie appena richiamate sono state abrogate, con effetto dal 25 novembre 2015, dall'articolo 14 della legge 161/2014, il quale ha stabilito che «nelle more del rinnovo dei contratti collettivi vigenti, le disposizioni contrattuali in materia di durata settimanale dell'orario di lavoro e di riposo giornaliero, attuative» dell'articolo 17, comma 6-bis, del Dlgs 66/2003 e dell'articolo 41 del Dl 112/2008, cessano di avere applicazione con effetto dallo stesso 25 novembre 2015.

In tale quadro il ministero osserva che la disciplina derogatoria oggetto di abrogazione riguarda esclusivamente «i lavoratori appartenenti ai ruoli del Servizio sanitario nazionale, senza riferirsi al personale sanitario delle strutture private». Per tale personale, quindi, l'abrogazione non ha prodotto effetti, e nei suoi confronti trova tuttora applicazione la disciplina generale dettata dal Dlgs 66/2003, il quale prevede che la facoltà di derogare alla disciplina «in materia di riposo giornaliero, pause, lavoro notturno, durata massima settimanale» sia attribuita alla contrattazione collettiva di settore.

di ANTONIO DI PIETRA

29/11/2017

Lorenzin: trovati 60 milioni per iniziare a ridurre il superticket | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

27 NOV
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

Lorenzin: trovati 60 milioni per iniziare a ridurre il superticket

di Ernesto Diffidenti

«Sul superticket è stato individuato un plafond di risorse e come ministero abbiamo indicato anche alcuni criteri per cominciare a ridurre la tassa laddove ce ne sia più bisogno». Lo ha detto a Il Sole 24 Ore Radiocor Plus il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Il fondo, deliberato dalla commissione Bilancio di Palazzo Madama, ammonta a 60 milioni di euro e potrà essere aumentato alla Camera. «Sono convinta che nel giro di due tre legislature - ha aggiunto la ministra - si possa azzerare la spesa che vale circa 500 milioni su un totale di circa 113 mld di spesa a carico del Ssn».



L'importante, secondo Lorenzin, è dare un segnale, invertire la rotta. «E' un work in progress - ha spiegato - l'importante è cominciare a ridurre il superticket», un balzello da 10 euro su diagnostica e visite specialistiche che ogni Regione può applicare in modo diverso. Le ipotesi allo studio prevedono, tra l'altro, una riduzione del superticket in base alla fascia di reddito del paziente o l'introduzione di una soglia unica nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IN PARLAMENTO

05 Aprile 2016

Malattie rare: ok Camera a mozione su riconoscimento fibrosi polmonare idiopatica

LAVORO E PROFESSIONE

11 Aprile 2016

Ma l'intramoenia è di destra oppure... di sinistra?

AZIENDE E REGIONI

01 Marzo 2016

Emilia Romagna, paga ticket chi non disdice visite o esami

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie | ISSN 2499-6599

<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/dal-governo/2017-11-27/lorenzini-trovati-60-milioni-iniziare-ridurre-superticket-193606.php?uid=AEqem0ID> 1/1

29/11/2017

CAR-T: luci ed ombre della prima immunoterapia 'sartoriale' contro il tumore

quotidianosanita.it

Martedì 28 NOVEMBRE 2017

CAR-T: luci ed ombre della prima immunoterapia 'sartoriale' contro il tumore

Un articolo della serie 'Medical News & Perspectives' pubblicato su JAMA di questa settimana, fa il punto sulle innovative terapie CAR-T contro linfomi e leucemie. Un filone di trattamenti 'su misura' contro il cancro, molto promettente e innovativo, gravato però da importanti effetti collaterali e da costi non trascurabili. Insomma con ampi margini di miglioramento. Ma la comunità scientifica si sta attrezzando con 'istruzioni per l'uso' per ridurre i gravi effetti indesiderati e una serie di studi per ampliarne l'applicazione anche ai tumori solidi

E' quanto di più vicino si possa immaginare ad una immunoterapia 'su misura'. Si chiama CAR-T (acronimo che sta per *chimeric antigen receptor T-cell*) ed è una forma di immunoterapia plasmata sulle caratteristiche del singolo tumore e confezionata su misura presso sofisticati laboratori di biologia molecolare.

Fino a poche settimane fa appannaggio di *trial* clinici sperimentali, la recente approvazione da parte dell'FDA di due di queste terapie genetiche, una per la leucemia linfoblastica acuta pediatrica e l'altra per il linfoma a cellule B diffuso refrattario dell'adulto, rappresentano una pietra miliare nella storia della medicina. Su [JAMA](#) di questa settimana lo stato dell'arte di queste nuove terapie.

Tisagenlecleucel. Lo scorso agosto l'FDA ha approvato questa terapia per il trattamento di pazienti fino a 25 anni, affetti da leucemia linfoblastica acuta a cellule B refrattaria. Un tumore raro che nel 15-20% dei casi non risponde alle terapie tradizionali o recidiva. Per confezionare questa terapia, si sottopone il paziente ad un prelievo di sangue, dal quale si isolano i suoi linfociti T che vengono quindi geneticamente ingegnerizzati a riconoscere e distruggere le cellule leucemiche che espongono sulla loro superficie l'antigene CD19. Così modificati, i linfociti T vengono reinfusi nel paziente, pronti a distruggere le cellule tumorali. Il farmaco ha ricevuto un'approvazione accelerata sulla base dei risultati di un unico trial a singolo braccio su 88 pazienti con ALL refrattari alla terapia tradizionale. Dei 68 pazienti trattati, l'83% ha raggiunto la remissione a tre mesi, ma ci sono già dei *long survivor*.

Axicabtagene ciloleucel. Approvato appena qualche settimana fa, questa terapia CAR-T è destinata agli adulti con linfoma diffuso a cellule B grandi refrattario/recidivato. Un'altra terapia personalizzata che impiega cellule geneticamente ingegnerizzate per aiutare pazienti ai quali gli oncoematologi non hanno più terapie da proporre. Il trattamento è stato approvato sulla base dei risultati dello studio multicentrico ZUMA-1 condotto su 101 pazienti, il 51% dei quali hanno ottenuto una remissione completa e il 21% parziale.

La storia delle terapie CAR-T. L'idea di sfruttare dei linfociti T ingegnerizzati come trattamento è nata appena una ventina di anni fa e le prime applicazioni in clinica sono state tutt'altro che soddisfacenti. A far fare passi da gigante a questo filone di ricerca sono stati tre fattori: l'aggiunta di una seconda alterazione genetica immuno-stimolante alle cellule T ingegnerizzate; la scoperta che l'antigene CD19 rappresenta un bersaglio ideale per i tumori a cellule B; la velocizzazione delle tecniche di produzione delle terapie CAR-T (ma anche così, per la produzione di un singolo trattamento CAR-T servono settimane e alcuni dei candidati pazienti non hanno davanti tutto questo tempo da vivere).

Il futuro delle terapie CAR-T. Nonostante gli importanti risultati ottenuti in così poco tempo, tutti gli esperti del campo sono concordi nell'affermare che siamo solo all'inizio della storia e che molto resta ancora da fare. Si stanno moltiplicando gli sforzi per individuare bersagli alternativi al CD19 ad esempio e su [clinicaltrials.gov](#) aumentano di giorno in giorno gli studi sul trattamento CAR-T applicato anche a tumori solidi (fegato, neuroblastoma, pancreas, ovaio, mesotelioma) oltre che al mieloma multiplo.

Il problema degli effetti indesiderati: la tempesta citochinica. Un paziente su 4 di quelli sottoposti a terapie

http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=56412

1/2

29/11/2017

CAR-T: luci ed ombre della prima immunoterapia 'sartoriale' contro il tumore

CAR-T presenta effetti indesiderati potenzialmente fatali, per lo più ascrivibili alla cosiddetta *Cytokine Release Syndrome* (CRS) o tempesta citochinica. Le cellule T ingegnerizzate rilasciano citochine (molecole infiammatorie) che possono provocare febbre, ipotensione marcata, edema polmonare; il quadro è spesso di modesta gravità ma in alcuni casi porta al ricovero in terapia intensiva. Altri effetti indesiderati sono le infezioni e gli effetti neurotossici (la cosiddetta CRES, *CAR-T-cell-related encephalopathy syndrome*).

Un'attenta titolazione del numero delle cellule CAR-T reinfuse nel paziente è il fattore chiave per non incappare in queste complicanze; facile però a dirsi, meno a farsi. A volte, per controllare la risposta infiammatoria nei soggetti con CRS, è necessario intervenire con farmaci come il tocilizumab (un anti IL-6). Lo scorso settembre, gli specialisti del *MD Anderson Cancer Center* hanno pubblicato le prime linee guida per la gestione degli effetti tossici delle terapie CAR-T (<https://www.nature.com/articles/nrclinonc.2017.148>), mentre a livello internazionale si è costituita un'apposita *task force*, il CARTOX (*CAR-T-cell-therapy-associated TOXicity*) *Working Group* per la gestione di questi effetti indesiderati.

Gli specialisti stanno insomma ancora cercando di familiarizzare con queste nuove terapie, molto promettenti ma potenzialmente molto pericolose; anche per questo non è il caso per il momento di premere troppo sul pedale dell'acceleratore; meglio imparare a ridurre o eliminare questi effetti collaterali gravi, prima di estendere l'offerta di queste terapie ad un ampio numero di pazienti.

Il problema dei costi. Salvare una vita, tanto più quando si tratta di quella di un ragazzo, non ha prezzo. Ma questo è un poetico *wishful thinking* che si infrange sugli scogli della dura realtà. Il costo attuale di queste terapie si aggira sui 475.000 dollari e sui 373.000 dollari, rispettivamente per il tisagenlecleucel e per l'axicabtagene ciloleucel. E questo è solo il costo netto del farmaco, al quale va aggiunto quello della sua somministrazione, dell'eventuale ricovero in terapia intensiva e dei farmaci usati per controllare gli effetti collaterali. Gli esperti dell'*Institute for Clinical and Economic Review* stanno elaborando uno studio di costo-efficacia per queste terapie che dovrebbe vedere la luce nelle prossime settimane.

Ma anche al netto di tutte queste considerazioni, resta l'entusiasmo per questa nuova branca di terapia. "Non si tratta solo di un nuovo trattamento – commenta a JAMA **David Porter**, direttore del *Blood and Bone Marrow Center* presso la *University of Pennsylvania* (USA) – ma di un nuovo approccio al trattamento del cancro. E la cosa più eccitante dal mio punto di vista è la possibilità di manipolare geneticamente le cellule immunitarie in modo da indirizzarle con precisione contro il cancro".

Maria Rita Montebelli

29/11/2017

Aio: Boom di società odontoiatriche ma molte potrebbero non rispettare la legge

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Aio: Boom di società odontoiatriche ma molte potrebbero non rispettare la legge

www.panoramasanita.it/2017/11/29/aio-boom-di-societa-odontoiatriche-ma-molte-potrebbero-non-rispettare-la-legge/



0
0
0
0
0

A Roma il 7° Congresso Politico dell'Associazione Italiana Odontoiatri espone i modelli societari possibili per gli studi dentistici.

«Tra il 2005 e il 2015 gli studi dentistici gestiti da società anziché da singoli professionisti sono quasi triplicati in Italia passando da 800 a 2200, secondo l'Agenzia delle Entrate. Il trend di crescita descritto riguarda per lo più società commerciali: una tendenza che contravviene ai vincoli precisati nel parere del Ministero dello Sviluppo, il quale consente l'esercizio esclusivo dell'attività odontoiatrica solo a società tra professionisti registrate agli Albi professionali in base alla legge 183 del 2011». Parla il Past President di Associazione Italiana Odontoiatri Pierluigi Delogu, la cui relazione dedicata all'ingresso dei capitali in Odontoiatria apre il 7° Congresso Politico AIO a Roma sabato 2 dicembre (sala conferenze Enpam via Torino 38). Il congresso illustrerà i modelli societari proposti agli Odontoiatri. La posizione di AIO, sindacato di punta dell'Odontoiatria italiana – oltre 7 mila iscritti – è di anteporre al profitto la salute del cittadino. Un sondaggio AIO Roma nell'estate 2013 rivelava già come i dentisti operanti in società non erano del tutto liberi di impostare i rapporti con i pazienti, in termini di durata e successione degli interventi e di tenuta dei dati clinici. Al congresso si parlerà anche di defiscalizzazione come alternativa alla prestazione low cost. AIO è da sempre critica verso convenzioni assicurative che spingono a contenere troppo i costi delle prestazioni e possono prestarsi a distorsioni a sfavore dei pazienti. Infatti, interventi complessi sul cavo orale possono essere più remunerativi di alternative "conservative". E' invece a favore di un forte intervento dello Stato nel coprire le spese dei cittadini. «In campo odontoiatrico la spesa odontoiatrica privata, 10 miliardi di euro circa, è al 90% a carico dei cittadini», sottolinea il Presidente AIO Fausto Fiorile. «Pensare a un innalzamento della detrazione dal 19% a tre volte tanto avvicinerebbe molti cittadini alle cure dentali». All'incontro sarà presente il deputato Pd Michele Pelillo che ha ventilato la proposta di alzare le detrazioni al 55% per riabilitazione protesica e cure ortodontiche e al 39% per le altre cure odontoiatriche.

La sanità, la polemica

Ruggi, rabbia infermieri: «Esclusi dal concorso»

A caccia di un contratto a termine all'Ospedale del Mare: «Ma l'Asl Napoli ci ha scavalcato»**Sabino Russo**

Non si smorza la polemica intorno al reclutamento di infermieri a tempo determinato dalle graduatorie del Ruggi per rinfoltire il personale all'Ospedale del Mare. Dopo le barricate dei sindacati, a cui ha fatto seguito il polverone sollevato dalle forze di opposizione contro il governatore Vincenzo De Luca, accusato di voler fare, attraverso questa operazione, campagna elettorale a favore della discesa in campo del rampollo Piero, il fuoco incrociato si alimenta anche sull'asse salernitano, con un gruppo di infermieri presenti nella graduatoria dell'azienda ospedaliera universitaria, che si fa chiamare «esclusi del Ruggi», che lamenta di essere stati «saltati» dalla chiamata dell'Asl Napoli 1.

Secondo gli operatori, in questi giorni, dall'azienda sanitaria partenopea avrebbero avviato le convocazioni, partendo però dalla posizione 303 in poi. Questo perché chi aveva precedentemente rinunciato agli incarichi presso altre aziende che avevano stipulato una convenzione con il Ruggi, pur restando in graduatoria, sarebbe stato escluso da chiamate esterne, restando di conseguenza utilizzabile solo per future assunzioni a Salerno. Il concorso in questione fu indetto dall'azienda ospedaliera universitaria nell'estate del 2016 per sostituire gli interinali, per i quali il Ruggi decise di sospendere il rapporto di lavoro con la società che garantiva il personale in somministrazione. Le fasi preselettive furono seguite anche da una lunga scia di polemiche.

Il nodo

Rimangono in graduatoria ma non sono considerati per chiamate lontano da Salerno

elenchi degli ammessi né in quelli degli esclusi, così come alcuni ammessi non sarebbero risultati né nel-

le liste dei candidati né in quelle dei giorni in cui gli stessi avrebbero dovuto sostenere la prova.

Dalla procedura concorsuale risultarono idonei circa 500 persone, per i quali, oltre alle esigenze del Ruggi, possono attingere anche altre aziende, attraverso la stipula di una convenzione per l'attivazione della procedura di mobilità. Così il 13 novembre l'Asl Napoli 1 ha chiesto all'azienda ospedaliera universitaria di attingere alle proprie graduatorie per il reclutamento di 130 persone: «una scelta motivata da ragioni di urgenza ed eccezionalità», perché come si legge sempre nella delibera «le procedure concorsuali e di mobilità regionale ed extraregionale» si erano «rilevate particolarmente complesse», portando all'assunzione di circa 400 assunzioni sulle mille autorizzate dalla Regione. Non avendo l'Asl Napoli 1 «graduatorie valide né a tempo determinato né a tempo indeterminato», si è optato per quelle del Ruggi, dove «sono stati espletati due avvisi pubblici per assunzione a tempo determinato di Oss e infermieri».

La vicenda, nei giorni scorsi, ha scatenato una dura polemica politica, con il presidente di Forza Italia in consiglio regionale Armando Cesaio che ha bollato le assunzioni come «giochini clientelari salernocentrici», denunciando, nel contempo, la violazione della sentenza della Corte dei Conti, che «vieta espressamente lo scorrimento». Sulla stessa scia anche il capogruppo del Movimento 5 Stelle Valeria Ciarambino, che ha definito «l'atteggiamento di De Luca di rispedire al mittente persino le indicazioni della prefettura, che ha chiesto di sospendere l'arruolamento di infermieri e oss precari dalla graduatoria del Ruggi, l'ennesimo schiaffo alla democrazia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La protesta Personale sul piede di guerra a causa delle carenze nel reparto di pronto soccorso dell'ospedale normanno

Moscati, medici e infermieri in agitazione

**I sindacati minacciano:
«Andremo avanti a oltranza,
vogliamo risposte concrete»**

Nicola Rosselli

AVERSA. È iniziato ieri lo stato di agitazione al Moscati e andrà avanti ad oltranza fino a quando non ci saranno risposte in merito alla carenza di personale al Pronto soccorso. Lo ha annunciato il responsabile per il Moscati e dirigente provinciale della Fials Giuseppe Nacchia all'indomani dell'incontro che le organizzazioni sindacali hanno avuto con la direttrice sanitaria dell'ospedale di Aversa Angela Maffeo.

Incontro che ha visto la presenza per la Fials anche di Amedeo Cecere, per la Cgil Ciro Vettone, per la Cisl Orazio del Prete, per la Uil Arturo Spina e Vincenzo della Magna, per l'Ugl Biagio Pezzella.

Una riunione con toni accesi nel corso della quale i rappresentanti sindacali hanno evidenziato di non essere contrari all'apertura del nuovo pronto soccorso del Moscati con tanto di partecipazione del governatore della Campania Vincenzo De Luca, «ma non è possibile aprirlo senza tener conto della situazione del personale, mancando oltre la metà del personale necessario».

«Si è trattato - ha dichiarato Nacchia - di un vero e proprio azzardo. Eppure nel corso di un incontro con la direzione strategica dell'Asl Caserta, appena il 17 novembre scorso, avevamo evidenziato la situazione. Lo avevamo fatto anche in precedenza, ma non è servito».

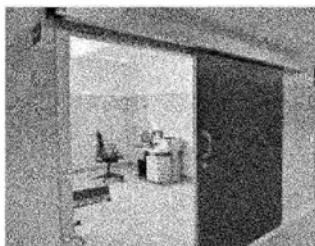
In particolare, le organizzazioni sindacali hanno evidenziato

quella che definiscono «la decisione assurda di emanare quattro, cinque ordini di servizio che hanno creato non pochi problemi agli altri reparti».

I sindacalisti evidenziano come, una sera, alle 20,30, nonostante nel reparto di medicina generale vi fosse un solo dirigente medico con tanti malati allettati e bisognosi di assistenza, il sanitario sia stato mandato al pronto soccorso, mandando in tilt il reparto. «Insomma», commentano i sindacalisti - la coperta è corta e nessuno sembra accorgersene. Tanto per fare un esempio, servono al nostro ospedale dai 70 ai 100 infermieri, per non parlare dei medici». «A fronte di questa situazione non si è trovato meglio che effettuare distacchi e tentare la strada dello straordinario. Ma lo straordinario, il carico di lavoro porta stress e nel nostro caso le conseguenze sulle attività dei medici possono arrecare danni ai pazienti. Un lusso che medici e infermieri non possono permettersi. Si tratta di decisioni che ci fanno sentire come se fossimo in mano ad un timoniere che ci spinge contro gli scogli, contro un iceberg. Non è certamente questa la situazione sperata con l'apertura del nuovo pronto soccorso che rende anche noi orgogliosi».

I rappresentanti sindacali, infine, evidenziano come, nell'immediato, l'unica strada percorribile sia quella di fare ricorso alle agenzie interinali, al di là di quanto dichiarato nei giorni scorsi dal consigliere regionale dei Verdi Francesco Emilio Borrelli. «Gli interinali - concludono - sono la scelta concreta ed efficace in quanto possono essere anche testati sul campo e verificare il loro apporto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'appuntamento

Chirurgia, per tre giorni
esperti a confronto
tra Napoli e Sorrento

Domani, a partire dalle 11,30, all'Ospedale del Mare inizieranno i lavori congiunti del V congresso di chirurgia vascolare e del IV congresso nazionale della Simcri (Società italiana di medicina e chirurgia rigenerativa), presieduti da Michele Angelo Farina e Francesco Pignatelli. Nel pomeriggio, a partire dalle ore 15,30, il meeting proseguirà all'Hilton Hotel di Sorrento. Nella "tre giorni" di incontri e dibattiti è prevista la presentazione del progetto SANApoli (Screening Aneurismi Napoli) oltre ad approfondimenti sulla patologia aneurismatica aortica, sulle novità nel trattamento delle lesioni trofiche, sul trattamento endovascolare aortico, gli aneurismi periferici, la chirurgia rigenerativa in ortopedia e odontostomatologia, il piede diabetico. I lavori termineranno sabato.

Il commento**LA PRIMA PIETRA****Ettore Mautone**

Il Piano ospedaliero regionale - che finalmente incassa il via libera dei ministeri che affiancano la Campania nel Piano di rientro - è il perno centrale della programmazione regionale.

> Segue a pag. 51**Ettore Mautone**

Fondamentale per il riordino della Sanità campana. Un centro di gravità permanente su cui costruire il futuro di un pezzo importante dell'assistenza per i cittadini della nostra regione. Uno dei mali strutturali, e finora irrisolti - di quello che un tempo era il modello campano di salute e da alcuni anni diventato il modello possibile di sanità offerto ai cittadini campani - è stato il continuo mutare delle norme di riferimento, l'indeterminatezza delle leggi quadro, il corto respiro dei Piani, eternamente a bagnomaria e rimasti a metà del guado tra fughe in avanti, lunghe "graticole" politiche condite da un tira e molla che ha scandito il bello e il cattivo tempo nel rapporto tra Governo centrale e Regione tanto da riesumare, sul piano operativo di Asle ospedali, la validità di vecchie leggi regionali collaudate ma pensate per un'epoca che non esiste più.

L'incompletezza di programmi e linee guida ha pesato eccome nella lentezza con cui la Campania ha affrontato il lungo tunnel del Piano di rientro (che ancora dura) e la non conclusa stagione del Commissariamento. Certo, un Piano ospedaliero non è tutto. Restano le altre gambe su cui far camminare la macchina deputata a risalire la china della qualità dell'assistenza. Ma è un fondamentale punto di partenza. Anzi di ripartenza se si pensa che l'unico Piano ospedaliero vero, su cui è stata programmata l'assistenza negli ultimi 20

anni, è stata la legge del 2 del lontano 1998. Cui poi ha fatto seguito la legge 49 del 2010, certo: questa tuttavia, per la mancata definitiva ratifica da parte dei ministeri e per l'esigenza di riformarlo, non ha potuto esprimere tutte le potenzialità di riorganizzazione e riforma di cui pure era portatore in una visione rimasta purtroppo incompiuta.

Ora con il nuovo Piano la Campania ha uno strumento con cui attuare il riassetto della rete ospedaliera, riorganizzare le reti dell'emergenza, dare certezze alle Piantine organiche di Asle ospedali, investire in riconversioni e ristrutturazioni edilizie, stabilizzare i precari e programmare i fabbisogni di prestazioni. Un lavoro che durerà anni e che dovrà tenere conto dell'altro male storico della sanità regionale che affonda radici sull'eccessiva centralità degli ospedali rispetto ai servizi del territorio. Un tema, quest'ultimo, che anziché altri Piani e programmi, richiederebbe uno sforzo di concretezza e una strategia complessiva con cui proporre soluzioni ai tanti anziani, disabili, non autosufficienti, malati cronici e psichiatrici per i quali i livelli di assistenza sono ancora lontani, né standardizzati, né omogenei, né certi e tantomeno attuati schemi collaudati di intervento integrato tra il sanitario e il sociale che ci fanno pensare ai Livelli essenziali di assistenza (Liveas) che esistono ma di cui nessuno parla.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'assistenza

Ok al piano ospedaliero, lotta alle liste d'attesa

Sì del governo alla Regione. Semaforo verde anche per le ristrutturazioni edilizie: sbloccati 290 milioni

Ettore Mautone

Piano ospedaliero e ristrutturazioni edilizie: la Campania incassa un doppio semaforo verde ai tavoli romani del ministero della Salute e dell'Economia dove, nel pomeriggio di ieri, per oltre quattro ore, il Governatore-Commissario per la Sanità regionale Vincenzo De Luca è rimasto diligentemente seduto in attesa che venissero passati al setaccio tutti i nodi segnalati a più riprese sin dal maggio dello scorso anno (quando il decreto 33 fu messo a punto nella originaria versione dall'ex commissario Joseph Pollimeni). Una verifica, rispetto ai programmi operativi del Piano di rientro, che ha riguardato anche le novità introdotte negli ultimi mesi di lavoro dalla struttura commissariale che su sollecitazione di De Luca è stata chiamata a rispondere all'imperativo categorico di migliorare l'assistenza in alcune discipline (in particolare l'Oncologia) e adeguare la rete delle emergenze sia nelle zone disagiate, sia nell'area metropolitana.

La svolta non è solo tecnica, ovvero politica, ma vale anche l'incasso di circa 290 milioni di euro incagliati dal 2014 nelle pieghe delle premialità imputate alla Campania e finora negate. Milioni di euro in vista anche per l'edilizia ospedaliera. Il via libera del Governo all'accordo di programma, che impegna Asl e ospedali sulle priorità dei lavori da eseguire, vale 180 milioni di euro e segna l'ultima curva prima della definitiva approvazione da ratificare in Conferenza Stato-Regioni.

Per il Piano ospedaliero l'unico neo, ancora da rimuovere, riguarda le prescrizioni relative ad alcune discipline ritenute ridondanti rispetto agli standard definiti dal decreto Balduzzi (decreto numero 70 del 2015). Segnatamente la specialità di Chirurgia che, sebbene congrua in ter-

mini di posti letto totali, in base ai rilievi ministeriali non sarebbe articolata in maniera corretta. A pagare pegno potrebbe essere le unità operative con pochi posti letto (pubbliche e private) destinate ad essere riorganizzate in reparti a maggiore complessità. Un Piano ospedaliero tuttavia non ingessato, che potrà mutare pelle in base alla verifica della qualità e quantità dell'offerta assistenziale assicurata ai pazienti che finiranno sotto la lente d'ingrandimento del monitoraggio ministeriale e in base alla misurazione dei volumi di prestazioni erogate e agli esiti conseguiti in termini di salute dei cittadini.

Per il resto le principali novità introdotte nel Piano ospedaliero le avevamo già elencate nei giorni scorsi: il Monaldi, attraverso il Cto, diventa un dipartimento di emergenza di II livello, della stessa complessità dunque, del Cardarelli e dell'Ospedale del mare, completo di tutte le discipline e dotato anche di un'emergenza generale aperta 24 ore su 24 sebbene con uno specifico ruolo nella rete per il trauma. L'altra novità riguarda il Piano oncologico regionale: in pista i Gom (Gruppi oncologici multidisciplinari), specifici per singola patologia neoplastica, che saranno responsabili della definizione del corretto Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (Pdta) nonché della presa in carico della persona malata assistita. Al debutto anche i nuovi organi costitutivi della Rete: i Centri oncologici di riferimento regionali con attività specifica in campo oncologico (Corpus), i Centri oncologici di riferimento polispecialistici, con funzioni diagnostico-stadiative, terapeutiche, riabilitative e di follow-up oncologico, i Centri per le cure di I livello e poi gli Hospice e i reparti e gli ambulatori di Terapia del dolore (cui si aggiungono i Centri provinciali di Oncofertilità per la crioconservazione dei gameti dei pazienti con patologia neoplastica per la preservazione della fertilità).

I quattro Corpus hanno sede al policlinico Federico II di Napoli, all'Ateneo Van-

vitelli, al Ruggi di Salerno e al Pascale che ne ha la regia. I centri polispecialistici sono invece al Moscati di Avellino, al Rummo di Benevento, a Caserta, al Cardarelli e al Monaldi. Il Pascale acquista 24 posti dall'Ascalesi più la Rianimazione e la Neurochirurgia del presidio di Forcella (disciplina che manca all'Istituto Tumori in cui finora non potevano essere operati i tumori cerebrali). C'è poi la radioterapia con due acceleratori lineari di cui uno specifico per i tumori al seno e l'Oncomeatologia che l'Ascalesi ha acquistato dal San Gennaro. Ciò significa abbattimento delle liste di attesa, reclutamento di pazienti in ambulatori e day hospital nel centro storico e vicini alla Stazione centrale, incremento degli spazi per la formazione aumento delle sedute operatorie. C'è poi il capitolo della Sanità delle isole e dei luoghi disagiati: Ischia recupera 10 posti letto per l'unità coronarica sottraendoli ai 20 della Cardiologia, Procida conferma l'attuale assetto in raccordo con Pozzuoli, Agropoli e Roccamare, dotati di pronto soccorso attivo, lavoreranno a braccetto con Vallo e Eboli. L'Asl di Benevento diventerà infine solo territoriale perdendo il presidio di Sant'Agata dei Goti annesso invece al Rummo, la revisione dello Sten (trasporto neonatale in urgenza).

Previsto anche il riassetto delle Case di cura: quelle tra 40 e 60 posti letto dovranno essere monospecialistiche e rispondere al fabbisogno delle Asl oppure procedere ad aggregazioni, riconversioni, trasferimenti o chiusure. Prevista anche la chiusura e riconversioni di tutte le neuropsichiatriche. Sul fronte dell'offerta dei posti letto non cambia il numero totale fissato dal Piano elaborato un anno e mezzo fa, ma viene proposto un ulteriore riequilibrio tra acuti (al ribasso) e riabilitazione e lungodegenza (in aumento). In cantiere anche il potenziamento dell'offerta di assistenza di neuro-riabilitazione e delle unità spinali.

Infine l'edilizia ospedaliera: in questa prima fase, ci sono circa 180 milioni da spendere, ma la provvista è destinata a salire con una seconda tranche entro il 2017 che vale altri 212 milioni. In totale 382 milioni (363 statali e 19 regionali) destinati agli interventi prioritari legati all'attuazione del piano ospedaliero e al riordino dei servizi sui territori delle Asl campane. Entro il 2018 il saldo di altri 865 milioni per un totale di 1,18 miliardi dallo Stato, cui si aggiungono 62 milioni di fondi regionali vincolati e 29 milioni provenienti da altre fonti.

Le novità
Monaldi
equiparato
a Cardarelli
e Ospedale
del Mare
Ok piano
oncologico



Il piano Il commissario alla Sanità De Luca e l'Ospedale del Mare

La sanità**Vaccini, ok al patto
tra Asl e pediatri
per arrivare al 95%****Ettore Mautone**

Asl Napoli 1, recuperare terreno sulla strada delle vaccinazioni pediatriche. Il direttore generale della Asl, Mario Forlenza, firma un provvedimento che formalizza un accordo con i pediatri di famiglia. Obiettivo il recupero dei bimbi di famiglie ritardatarie o dei piccoli che non hanno completato il ciclo dei tre richiami previsti per la vaccinazione esavalente da praticare nel primo anno di vita. Si vuole raggiungere e mantenere l'indice di copertura vaccinale raccomandato dall'Istituto superiore di Sanità, ovvero oltre il 95% per tutti i vaccini previsti dal nuovo calendario in età pediatrica e adolescenziale.

> A pag. 37

La sanità

Vaccinazioni, patto Asl-pediatri: obiettivo 95%

Il piano per recuperare il ritardo entro l'anno con i bambini che non hanno completato i cicli

Ettore Mautone

Asl Napoli 1, recuperare terreno sulla strada delle vaccinazioni pediatriche: in pista un progetto per tirare il freno alla dispersione record che si registra nei primi anni di vita nei quartieri del territorio metropolitano. Il direttore generale della Asl Mario Forlenza, su proposta del dipartimento assistenza primaria e continuità delle cure dell'azienda metropolitana, firma un provvedimento che formalizza un accordo con i pediatri di famiglia.

Obiettivo il recupero dei bimbi di famiglie ritardatarie o dei piccoli che non hanno completato il ciclo dei tre richiami previsti per la vaccinazione esavalente da praticare nel primo anno di vita. L'obiettivo è raggiungere e mantenere l'indice di copertura vaccinale raccomandato dall'Istituto superiore di Sanità, ovvero oltre il 95% per tutti i vaccini previsti dal nuovo calendario in età pediatrica e adolescenziale. Ciò vale per gli anni dal 2017 in poi. Per l'anno di partenza del programma (il 2015) ci si accontenta invece di un più realistico obiettivo fissato a quota 92% (per la vaccinazione esavalente e trivalente) da conseguire entro la fine del 2017.

Sono tre le date fissate dalla Asl per tirare le somme sull'andamento del progetto e per la verifica in corso d'opera dei risultati raggiunti nell'iniziativa: febbraio, maggio e settembre del 2018. In mancanza non saranno erogate le piccole quote premiali previste dall'iniziativa e attribuite ai singoli pediatri impegnati nel progetto. Le vaccinazioni potranno essere praticate presso il centro vaccinale del distretto, presso l'ambulatorio pediatrico convenzionato ovvero contestualmente alla compilazione del bilancio di Salute cui è tenuto ogni medico.

«I pediatri - avverte Fulvio Turrà, presidente regionale della federazione italiana pediatri - hanno come massima aspirazione la protezione della propria infanzia e il cardine di ciò è la prevenzione che poggiano proprio sui vaccini. I risultati fissati dalla Asl sono obiettivamente raggiungibili

a maggior ragione nella fascia delle nuove norme sulla obbligatorietà fissate dal governo per l'iscrizione a scuola».

La Asl Napoli 1 conta così di recuperare lo svantaggio accumulato negli ultimi anni quando era scesa all'85% della copertura vaccinale della popolazione pediatrica, fanalino di coda in Campania. Un gap in parte recuperato quest'anno con l'introduzione dell'obbligo per l'iscrizione a scuola.

Il principale nodo da sciogliere, per la Asl metropolitana, riguarda tuttavia i dati delle vaccinazioni dei bambini entro i 24 mesi di vita. Questa è la

fascia di riferimento monitorata dal ministero ai fini del rispetto della griglia dei Lea (Livelli di assistenza). Su questo fronte l'Asl Napoli 1, sebbene in lieve recupero, sconta ancora un ritardo molto forte. Per l'esavalente la percentuale di partenza dell'85% raggiunta nel 2016, in assenza di interventi dovrebbe arrivare all'87,5% entro fine anno. Il progetto di recupero conta di allungare fino al 92%. Parliamo di bambini nati nel 2015 e vaccinati entro i due anni. Per la trivalente (morbillo, parotite e rosolia), il dato di partenza è peggiore (76% nel 2016) e dovrebbe guadagnare un paio di punti percentuali entro fine anno.

A leggere i dati in controluce il nodo da sciogliere riguarda la costanza dei genitori nel praticare i tre richiami per l'esavalente nell'arco del primo anno di vita. La prima dose, a 3 mesi, la praticano infatti oltre il 95% dei bambini. Un dato che sarebbe in linea con quanto raccomandato dall'Istituto superiore di sanità. Ma la seconda dose perde per strada il 3% dei piccoli raggiungendo solo il 92% dei bambini. Su questa percentuale dovrà attestarsi il risultato minimo del progetto completando il terzo richiamo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il dato
La copertura negli ultimi anni era scesa all'85% e solo in parte recuperato

Campania, il governo approva il piano sanitario

Una rete per l'oncologia e lotta alle liste d'attesa

Promosso il Monaldi
sbloccati 290 milioni
fondi anche per l'edilizia

Il governo dà il via libera al
piano ospedaliero della
Campania: si a una rete
oncologica e lotta alle liste
d'attesa. Promosso il Monaldi,
sbloccati 290 milioni e fondi
per l'edilizia. **> A pag. 13**

STUDIO AMERICANO SVELA LA CORRELAZIONE

Fra i ragazzi dilaga la depressione da telefonino

di **FRANCESCO BORGONOV**

■ Uno studio condotto dalla psicologa americana Jean Twenge dell'università di San Diego mostra la correlazione fra l'utilizzo eccessivo degli smartphone e l'aumento di casi di depressione fra

gli adolescenti. Un sondaggio italiano, poi, rivela che la dipendenza da tecnologia è in forte aumento anche nel nostro Paese, soprattutto tra i più giovani, incapaci di staccarsi dal telefonino.

a pagina 15

Epidemia di depressione tra gli adolescenti «Colpa degli smartphone»

Uno studio americano svela il legame tra uso del telefonino e alterazioni dell'umore. Anche in Italia sono in crescita le dipendenze dalla tecnologia

In soli cinque anni, tra il 2010 e il 2015, il numero di suicidi tra i ragazzi americani è salito del 31%. La presenza di sintomi depressivi è aumentata del 33%

Nel nostro Paese il 49% degli over 35 non sa stare senza cellulare e verifica se sono arrivate notifiche o messaggi non meno di 43 volte al giorno

di **FRANCESCO BORGONOV**

■ Quando mettiamo uno smartphone o un tablet in mano a un ragazzo, probabilmente siamo convinti di fargli un bel regalo. Gli compriamo l'ultimo modello, in modo che non sfiguri davanti agli amici. Magari ci arrabbiamo un po' se lo vediamo sempre impegnato a digitare con la foga di un diavolo della Tasmania, ma ci diciamo che in fondo i ragazzi di oggi fanno così, e lasciamo correre. Invece, sarebbe il caso di stare molto più attenti. Perché le conseguenze di quel digitare forsennato potrebbero essere gravissime.

Jean Twenge, psicologa

della San Diego State university, assieme ad alcuni colleghi della Florida State university, ha pubblicato sulla rivista della Association for psychological science americana uno studio molto dettagliato sull'aumento dei sintomi depressivi e dei tentativi di suicidio negli adolescenti. «In soli cinque anni, tra il 2010 e il 2015», spiega la studiosa, «il numero di adolescenti americani che mostrano i classici sintomi della depressione è aumentato del 33%. I tentativi di suicidio da parte di adolescenti sono aumentati del 23%. E, cosa ancora più grave, il numero di ragazzi fra i 13 e 18 anni che si è suicidato è cresciuto del 31%». Quali sono le ragioni di questa drammatica esplosione?

«I miei colleghi e io», continua Jean Twenge, «abbiamo scoperto che l'aumento della depressione, dei tentativi di suicidio e dei suicidi riguarda adolescenti di ogni provenienza sociale. La nostra analisi ha rilevato che la generazione di adolescenti che io chiamo "iGen" - nati dopo il 1995 - è più portata a sperimentare problemi di ordine mentale rispetto alle precedenti».

A un certo punto, qualcosa è cambiato nelle vite di questi ragazzi: si sono diffusi gli smartphone. Precisamente, stando ai dati raccolti dall'autorevole Pew research center statunitense, a partire dal 2012 il possesso di smartphone da parte dei ragazzi è cresciuto del 50%. In quell'anno, i casi di depressione e suicidio hanno cominciato ad aumentare. Nel 2015, ben il 73% dei giovani americani aveva in mano un telefonino, e i sintomi depressivi si sono diffusi a macchia d'olio.

«Non solo l'uso degli smartphone e la depressione sono aumentati in parallelo», spiega la Twenge, «ma il tempo trascorso online è stato collegato a problemi di salute mentale da due diverse categorie di dati. Abbiamo scoperto che gli adolescenti che trascorrevano cinque o più ore al giorno online avevano il 71% di probabilità in più di presentare almeno un fattore di rischio suicida rispetto a quelli che spendevano online meno di un'ora al giorno. Nel complesso, i fattori di rischio di suicidio aumentano in modo significativo dopo due o più ore al giorno trascorse online».

Alla base di tutto c'è l'isolamento sociale, la mancanza di un contatto umano vero. «Ho scoperto che gli adolescenti ora passano molto meno tempo a interagire con i loro amici di persona», dice Jean Twenge. «Interagire con le persone faccia a faccia è una delle fonti più profonde della felicità umana; senza di essa, iniziamo a soffrire e spesso segue la depressione. Sentirsi socialmente isolati è anche uno dei principali fattori di rischio per il suicidio. Abbiamo scoperto che gli adolescenti che passavano più tempo online e meno con gli amici di persona erano i più inclini alla depressione. Dal 2012, è accaduto a livello di massa: gli adolescenti hanno speso meno tempo in attività benefiche per la salute mentale (interazione sociale di persona) e più tempo per attività che possono danneggiarla (tempo online)».

E non è finita. Il fatto di passare tanto tempo a fissare lo schermo causa disturbi del sonno. «Gli adolescenti dormono meno.

Quelli che passano più tempo sui loro telefoni hanno maggiori probabilità di non dormire a sufficienza», spiega Jean Twenge. «Non dormire abbastanza è un importante fattore di rischio per la depressione. Già solo il fatto che gli smartphone facciano dormire di meno potrebbe spiegare perché la depressione e il suicidio siano aumentati così all'improvviso».

Il fenomeno non è soltanto americano. Anzi, ci riguarda molto da vicino, come dimostra un sondaggio commissionato dall'Associazione nazionale dipendenze tecnologiche. Dalla ricerca emerge che «il 51% dei ragazzi tra i 15 e i 20 anni ha difficoltà a prendersi una pausa dalle nuove tecnologie: controllano in media lo smartphone 75 volte al giorno e il 7% lo fa fino a 110 volte al giorno».

Per questi adolescenti, staccarsi dal telefonino è sostanzialmente impossibile. Il 79% dei ragazzi tra i 15 e i 20 anni, infatti, dichiara che non potrebbe fare a meno dello smartphone per tre ore di seguito. La percentuale scende un pochino nella fascia d'età tra i 21 e i 25 anni, ma siamo comunque attorno al 65%. È una compulsione: il bisogno di sbirciare lo schermo è costante, anche durante le ore di scuola o quelle che dovrebbero essere dedicate allo studio. «Un ragazzo dipendente controlla lo smartphone anche 200 volte al giorno», spiega Giuseppe Lavenia, psicologo e presidente dell'Associazione nazionale dipendenze tecnologiche.

«Per quanto riguarda gli adolescenti», continua Lavenia, «i fenomeni pericolosi sono soprattutto due. Il primo è il cosiddetto "Vamping". I ragazzi, che durante il giorno sono magari impegnati con la scuola o con altre attività, a partire dalle 23 o dalle 24 cominciano a chattare con i coetanei su appositi gruppi di Whatsapp. Passano ore e ore a parlare, togliendo tempo al sonno. Ovviamente questo ha delle ricadute sulla qualità della vita durante le giornate. Poi c'è quella che chiamiamo "Fomo", la paura di rimanere esclusi dalla condivisione

di informazioni, che spinge a controllare continuamente il telefonino. Ed è alla base del cyberbullismo, che comincia proprio con l'esclusione dal gruppo».

In realtà, tuttavia, non sono soltanto i ragazzini ad avere grossi problemi con le nuove tecnologie. «I dati del sondaggio», dice Lavenia, «dimostrano che per gli adulti cambia poco. Gli adulti, per stare al passo con i propri figli, si omologano. E molte volte hanno persino meno strumenti per affrontare la tecnologia rispetto ai ragazzi».

Il sondaggio commissionato dall'Associazione nazionale dipendenze tecnologiche rivela che «il 49% degli over 35 non sa stare senza cellulare, verifica se sono arrivate notifiche o messaggi almeno 43 volte al giorno, (il 6% arriva a sfiorare le 65 volte), e di stare 3 ore senza buttare un occhio allo schermo non se ne parla per il 58%».

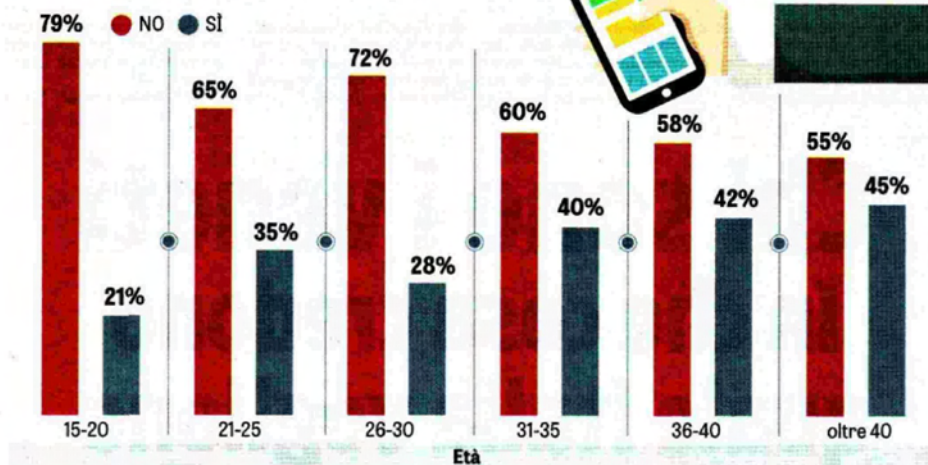
Significa che la dipendenza dallo smartphone è un grosso guaio anche per chi è più avanti con gli anni. Gli adolescenti, in ogni caso, restano particolarmente vulnerabili. «L'esperienza clinica ci fa dire che chi ha un'identità meno strutturata, tendenzialmente, è più a rischio», dice Giuseppe Lavenia. «Ecco perché gli adolescenti corrono un pericolo maggiore. Chi ha una diagnosi psichiatrica di un disturbo depressivo, di ansia sociale o dell'umore può cadere vittima di una nuova dipendenza perché crede di trovare nella tecnologia un rimedio a una fobia, per esempio».

Alle forme di dipendenza dal digitale è dedicato il convegno che l'Associazione nazionale dipendenze tecnologiche organizza sabato ad Ancona, nella sede dell'Università politecnica delle Marche, in collaborazione con la cooperativa sociale Vivere verde Onlus. Sarà un momento di formazione importante, utile a rendersi conto dei disastri causati da quell'oggetto sempre illuminato che ci pesa dentro le tasche. Un oggetto che ci chiama in continuazione, chiedendoci di compulsarlo. Fino allo sfinimento, o peggio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL SONDAGGIO ONLINE

Saresti stare senza guardare lo smartphone per almeno 3 ore?



Quante volte al giorno controlli lo smartphone?



Fonte: Associazione nazionale dipendenze tecnologiche

LaVerità

MANOVRA 2018/ Conclusi i lavori in commissione. Fondo per le vittime di reati finanziari

Tagliato il superticket sanitario

Confermato il bonus bebè, ma dal 2019 varrà la metà

DI FRANCESCO CERISANO

Alleggerito il superticket sanitario e confermato il bonus bebè che diventa strutturale ma verrà dimezzato dal 2019. Disinnescati, grazie alle riformulazioni presentate ieri, i due possibili campi minati per il governo e la maggioranza, i lavori della Manovra 2018 si sono avviati a conclusione in commissione bilancio del senato.

Proprio sul superticket sanitario e sul bonus per la natalità, il governo ha dovuto infatti affrontare le critiche, rispettivamente, di Campo progressista e di Alternativa popolare, i cui voti saranno decisivi per il varo della legge di bilancio a palazzo Madama.

L'accordo sul superticket dovrebbe chiudere il primo fronte di conflittualità dal momento che si prevede un taglio strutturale del superticket regionale da 10 euro per i soggetti vulnerabili. Il disco verde è arrivato sulla riformulazione dell'emendamento di **Luciano Uras** (Campo progressista) che stanziava 60 milioni per il 2018 (che saliranno a 80 nel 2019 e a 100 nel 2020) per agevolare l'accesso alle prestazioni sanitarie a «specifiche categorie di soggetti vulnerabili». In questa definizione rientrano non solo i soggetti deboli per ragioni reddituali ma anche per patologie o per età (minori e anziani). I criteri per la ripartizione del Fondo saranno stabiliti in sede di conferenza stato-regioni. E nella determinazione dei

criteri saranno privilegiate le regioni che hanno adottato iniziative finalizzate ad ampliare il numero dei soggetti esenti dal pagamento.

La proroga del bonus Bebè, indicata come irrinunciabile da Ap, arriva invece grazie a una riformulazione che conferma per il 2018 i 960 euro all'anno (80 euro al mese) per ogni bambino nato o adottato già previsti dalla legge di stabilità 2015 (legge n. 190/2014). Ma vengono posti alcuni paletti. Il bonus varrà solo per il primo anno di vita del bambino ovvero dal primo ingresso nel nucleo familiare a seguito di adozione.

Dal 2019 l'assegno di natalità verrà dimezzato a 480 euro l'anno. Avranno diritto al bonus le famiglie con Isee non superiore a 25.000 euro annui. Il bonus sarà raddoppiato qualora il nucleo di appartenenza del genitore richiedente abbia un Isee non superiore a 7.000 euro annui. L'emendamento prevede quindi una stabilizzazione dell'assegno di natalità ma i fondi sono stati stanziati solo per i prossimi tre anni. Le coperture ammontano infatti a 195 milioni di euro per il 2019 e a 228,5 milioni a decorrere dal 2020. La proposta di modifica prevede che l'Inps provveda, senza nuovi oneri per la finanza pubblica, al monitoraggio dei maggiori costi derivanti dalla misura. Se si verificano scostamenti rispetto alle previsioni di spesa previste, l'importo annuo dell'assegno e i valori dell'Isee saranno rideterminati. Per **Maurizio Lupi**, coordinatore naziona-

le di Alternativa popolare, che aveva minacciato il voto contrario di Ap alla Manovra in caso di mancato rifinanziamento del bonus, si tratta di una vittoria a metà. «È sicuramente un fatto positivo la stabilizzazione del bonus bebè in legge di bilancio, decisamente meno positivo il suo dimezzamento per gli anni 2019 e 2020. Nel passaggio del provvedimento alla camera lavoreremo per trovare le risorse che servono a un suo rifinanziamento totale».

Fondo per i risparmiatori vittime di reati finanziari

Un emendamento a firma dei senatori **Pd Laura Puppato** e **Giorgio Santini** istituisce un fondo per le vittime dei reati finanziari che potrebbe soccorrere, almeno in parte, i cittadini truffati dal crack delle banche venete. La dotazione del fondo sarà di 25 milioni di euro l'anno per il 2018 e il 2019. Le modalità di attuazione del Fondo saranno stabilite entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della manovra. Il Fondo verrà istituito nello stato di previsione del Mef a andrà a risarcire i «risparmiatori che hanno subito un danno ingiusto, non altrimenti risarcito o indennizzato, in ragione della violazione degli obblighi di informazione, diligenza, correttezza e trasparenza previsti dal testo unico delle disposizioni in materia di intermediazione finanziaria».

— © Riproduzione riservata —

Le ultime novità

Superticket sanitario	Arriva la riformulazione dell'emendamento alla manovra per alleggerire il superticket sanitario a favore delle fasce deboli. Dal 1° gennaio 2018, nello stato di previsione del ministero della salute, è istituito un Fondo per la riduzione della quota fissa sulla ricetta pari a 60 milioni annui, 180 milioni nel triennio. Viene abolito il superticket sanitario per i minori che frequentano la scuola dell'obbligo e le famiglie con redditi bassi (Isee non superiore a 15 mila euro)
Vittime reati finanziari	Arriva un fondo per il risarcimento dei risparmiatori vittime di reati finanziari. La dotazione sarà di 25 milioni per ciascuno degli anni 2018 e 2019
Voucher per la banda ultralarga	Per favorire la diffusione della banda ultralarga vengono riconosciuti voucher fino a 250 euro ai clienti finali per «l'attivazione di servizi di connessione in postazione fissa stabile, continuativa e prevedibile, in grado di fornire velocità di connessione ad almeno 100 Mbps in download e 50 Mbps in upload, e comunque aumentabili fino a 1 Gbps»
Bonus bebè	Il cosiddetto bonus bebè diventa una misura definitiva: per i nati nel 2018 si conferma un assegno di 80 euro al mese che viene però dimezzato a 40 euro a partire dal 2019. Il bonus verrà corrisposto soltanto per il primo anno di età del bambino e non più fino al terzo anno

Polemiche per le infiltrazioni d'acqua e la presenza di secchi nei corridoi del Santa Maria della Pietà

Ospedale, criticità mai risolte

L'affondo di Ambrosino (Fsi): "Situazione paradossale, dubbi sui collaudi"

di Antonio d'Ascoli

NOLA - Un ospedale che fa acqua da tutte le parti: potrebbe essere descritta così la situazione del nosocomio cittadino alla luce degli ultimi accadimenti dove le infiltrazioni alla controsoffittatura hanno colpito anche le sale operatorie al primo piano. A crollare è stato anche un pannello che è stato prontamente sostituito. Sebbene l'emergenza sia rientrata con l'intervento di manutenzione, la sorpresa resta tutta: è possibile che ambienti di nuova realizzazione, come le nuove sale operatorie, siano già in uno stato così precario? A chiederselo sono anche le sigle sindacali, in particolare la Fsi. *"Per diversi giorni abbiamo vissuto una situazione paradossale - afferma Raffaele Ambrosino - con due secchi presenti al centro del corridoio per raccogliere l'acqua sul pavimento, in un punto nevralgico e soprattutto pericoloso per il passaggio di pazienti e operatori con sedie a rotelle e barelle. La domanda sorge spontanea: ma il collaudo è stato fatto?"*. L'interrogativo è d'obbligo considerato che le sale operatorie in questione sono state entrate in

funzione solo pochi mesi fa e benedette da un'inaugurazione in pompa magna presieduta dal governatore **De Luca**. Una vicenda che si inserisce nel quadro dei diversi interventi ancora in corso del Santa Maria della Pietà che attualmente si presenta non adeguato per l'utenza di riferimento. Posti letto insufficienti, mancanza di personale, e lavori di adeguamento a rilento. E' questa la fotografia dell'ospedale di Nola che continua ad operare tra emergenze e criticità. Un servizio quello erogato che resta possibile soprattutto grazie al grande spirito di abnegazione e alla professionalità di medici e personale paramedico. Un impegno che certamente non può sopprimere sempre a tutti i vulnus che quotidianamente si presentano. Tra questi, va annoverata la insufficienza dei posti letto rispetto al fabbisogno reale che purtroppo rende inevitabile il fenomeno delle barelle in corsia. La disponibilità già non calibrata ad un bacino di oltre 600mila persone che costituisce il numero di potenziali pazienti che affluisce al Santa Maria della Pietà, è ulteriormente compressa dai tanti cantieri che sono ancora aperti all'interno del

nosocomio. Di recente si è ricorso anche ai cinque posti dell'O-bi, non ancora attivati e riservati all'osservazione breve in Pronto soccorso, per dirottare alcuni ricoveri di lieve entità del reparto di Medicina.

Espedienti che tendono a contenere l'emergenza ma che non rimuovono il cuore del problema. L'ospedale avrebbe bisogno di maggiori spazi, ma i vari progetti, sempre annunciati, e relativi ad ipotesi di ampliamento, al momento, restano nel cassetto. La speranza è che presto almeno i lavori in corso possano concludersi restituendo maggiore efficienza e funzionalità alla struttura. Il riferimento è al terzo piano, chiuso da qualche anno dopo l'intervento dei Nas. L'adeguamento è ancora in corso ed è teso alla riqualificazione di alcuni reparti come quello di ortopedia, attualmente trasferito al secondo con spazi condivisi con il reparto di oncologia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA