



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Prestazioni e risorse Ecco i **nuovi Lea** per ridurre gli sprechi

Livelli essenziali di assistenza: in elenco più malattie rare

di **Renato Nappi**

Il tema dei temi, in fatto di sanità, è ormai quello dei nuovi Lea, vale a dire dei Livelli essenziali di assistenza. Una questione molto complessa che non a caso abbiamo deciso di analizzare assieme ad uno dei massimi esperti, il professor Francesco Saverio Mennini. «Si è lavorato intensamente per modificarli - spiega - sono state inserite ulteriori patologie, e questo è in ogni caso un aspetto importante. Come sempre, in queste situazioni, i pareri sono discordanti tanto per quanto attiene le prestazioni inserite e quelle no, quanto per i possibili effetti sulla sostenibilità del sistema. Va anche detto che i Lea, così com'erano, non riuscivano a soddisfare i bisogni espressi di pazienti e cittadini. Leggendo invece il documento dei nuovi Lea mi verrebbe da dire, per quanto attiene alcune novità presenti, che sono fiducioso. Devono essere pertinenti ed efficaci, soprattutto collegati all'appropriatezza clinica, che sembra essere uno dei tratti distintivi del nuovo progetto».

Il caso
Con i nuovi Lea aumento dei costi pari a circa tre miliardi

Sono state introdotte anche nuove prestazioni e il tema della razionalizzazione delle risorse è rimasto centrale. Certo, anche con la riforma del 1999 si pensava che l'appropriatezza dovesse rappresentare l'aspetto preponderante del servizio sanitario nazionale, ma poi per tanti motivi differenti questo non è avvenuto. Mennini spiega però come oggi vi sia una presa di coscienza maggiore a tutti i livelli del sistema nel considerare l'appropriatezza la via più importante da seguire al fine di garantire il "famigerato" *trade off* tra innovazione e sostenibilità del sistema.

«Sicuramente - aggiunge - nell'interesse degli interventi di sanità pubblica e di prevenzione spicca l'ampliamento, finalmente, dell'elenco delle malattie rare (più di 110 nuove entità tra singole malattie rare e gruppi di malattie) accompagnato dall'introduzione di nuovi vaccini e l'estensione a nuovi destinatari. Va sottolineato, comunque, che si evidenziano alcune lacune importanti che potrebbero determinare da una parte un aggravio delle spese *out of pocket* dei pazienti e dall'altro una preoccupante iniquità del sistema assistenziale. Per le malattie reumatiche,



ad esempio, si evidenziano delle incongruenze quali quelle relative agli esami di laboratorio per il *follow-up* del paziente in terapia biologica che variano a seconda della patologia di riferimento. Le prestazioni Lea non avrebbero dovuto generare discriminazioni tra i pazienti, invece, alcuni pagheranno per le stesse prestazioni ritenute necessarie, appropriate e quindi gratuite, per altri pazienti. Tuttavia la preoccupazione è legata alla reale sostenibilità del sistema in considerazione delle risorse aggiuntive necessarie al rispetto dei nuovi Lea. Le prime analisi evidenziano come i nuovi Lea dovrebbero generare un incremento dei costi pari a circa 3 miliardi. Ma, alla luce delle ultime notizie (mancato aumento del fondo), mi domando come si riuscirà a sostenere la spesa aggiuntiva evidenziata». Come sostenere la

restante quota di costi aggiuntivi? «A livello centrale e all'interno del documento si afferma che molte delle prestazioni inserite nel documento sono già offerte dal servizio sanitario nazionale e che ci sarà una maggiore appropriatezza accompagnata da un nuovo ed efficiente modello delle gare d'acquisto». Ipotesi realistiche o troppo ottimistiche? «E' difficile affermarlo con certezza matematica, ma certamente una maggiore appropriatezza, come dimostrato da molti studi recentemente pubblicati, potrebbe garantire una forte riduzione di costi e sprechi (non facili da quantificare). Per quanto attiene le gare bisogna vedere bene quale tipologia di gare e quali regole governeranno queste gare (ricordiamoci degli errori del passato)».

Nell'analisi di Mennini emerge con chiarezza che per raggiungere gli obiettivi di sostenibilità e corretta erogazione dei nuovi Lea si rende necessaria una rimodulazione del livello delle prestazioni che deve essere visto in un'ottica di miglioramento dell'efficienza e della qualità. Il problema sostanziale è l'esistenza di un certo scostamento tra i Lea e il percorso diagnostico-terapeutico. «Personalmente – conclude – li vedrei meglio organizzati come Percorso Diagnostico Terapeutico. Questo aiuterebbe moltissimo il Ministero e le Regioni a seguire una corretta programmazione, e a livello locale, si avrebbe una condivisione del percorso terapeutico del paziente che garantirebbe una migliore allocazione delle risorse nonché un controllo sull'appropriatezza delle prestazioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Francesco Saverio Mennini
49 anni,
è professore
di Economia
Sanitaria
e Economia
Politica
all'Università
«Tor Vergata»
di Roma

Alzheimer Nuovi farmaci per la prevenzione

Alla Sun si sta sperimentando una terapia che è in grado di influire sul decorso della malattia
Tedeschi: «Attraverso l'uso di anticorpi monoclonali si potrebbe intervenire non solo sui sintomi»

di **Alessandra Caligiuri**

L'Italia, secondo i dati Istat, è al secondo posto in Europa per numero di anziani: sono, infatti, il 21,2% della popolazione totale. Elevato, rispetto alla media dell'unione, è anche l'indice di vecchiaia: nel nostro paese ci sono 144 anziani ogni 100 giovani, seguendo una progressione aritmetica nel 2051 questo numero aumenterà fino ad arrivare a 280 anziani ogni 100 giovani. L'invecchiamento della popolazione comporta anche un aumento dei pazienti affetti da demenza: in Italia i malati di questo genere di patologie sono oltre un milione. Di questo milione 600 mila sono affetti da Alzheimer.

«Non sono ancora del tutto noti i meccanismi alla base della malattia di Alzheimer. Si ritiene che alla base ci sia un'alterazione del metabolismo delle proteine beta-amiloide e tau che si accumulano nel cervello, sotto forma di placche amiloidi e grovigli neurofibrillari, questi depositi favorirebbero il processo di morte neuronale», spiega Gioacchino Tedeschi, direttore della I cli-



nica neurologica della Seconda Università di Napoli. Proprio nella clinica del professor Tedeschi si sta sperimentando una terapia che potrebbe aprire nuovi scenari nella cura e nella prevenzione di questa malattia degenerativa del sistema nervoso, che comporta il progressivo annullamento della memoria, poi dell'orientamento fino ad attaccare anche la sfera motoria. Allo stato attuale, chiarisce Tedeschi, «i trattamenti bloccano solo i sintomi, invece, questa nuova classe di farmaci potrebbe, invece, essere in grado di influire sul decorso della malattia».

Le nuove terapie utilizzano anticorpi monoclonali, una

particolare classe di anticorpi che si ottiene in laboratorio con tecniche di ingegneria genetica. I primi anticorpi monoclonali sono stati creati nel 1975. In medicina si usano nel trattamento di malattie come l'artrite reumatoide, la sclerosi multipla e alcuni tumori. Gli anticorpi monoclonali sono anticorpi identici fra loro, che si legano in modo specifico alle cellule che devono colpire, dunque, aggrediscono la malattia in modo selettivo.

«Per rimuovere i depositi di amiloide sono stati già utilizzati gli anticorpi monoclonali anti-A β che hanno finora prodotto risultati poco incoraggianti, probabilmente perché

Malattia degenerativa
L'Alzheimer è la forma più grave di demenza senile

sono stati utilizzati in pazienti già in fase avanzata di malattia, quando cioè l'amiloide accumulata era ormai troppa», spiega Tedeschi e aggiunge che i nuovi trattamenti «sono mirati, cioè riguardano i meccanismi di formazione e deposizione dell'amiloide. Poi ora, più che in passato, è possibile misurare il deposito di amiloide cerebrale, che è uno dei fattori di rischio di sviluppare la malattia».

Questo significa che le nuove terapie potrebbero aiutare anche coloro che si trovano nella fase asintomatica della malattia, infatti, la sperimentazione è dedicata anche a questo genere di pazienti, co-

me chiarisce il professor Tedeschi: «con un approccio più precoce, i danni neuronali causati dai depositi di amiloide potrebbero essere ancora contrastati dalla rimozione e/o ostacolata formazione dell'amiloide, ciò dovrebbe interferire con la comparsa o progressione dei sintomi della malattia. Nel centro che dirigo sono partiti due studi prospettici in cui questi due nuovi farmaci saranno utilizzati in pazienti con diagnosi di decadimento cognitivo lieve e Alzheimer in fase iniziale, o addirittura in persone in una fase preclinica, cioè asintomatica, ma a rischio di sviluppare la malattia». Sui tempi il professore aggiunge: «Queste sperimentazioni, richiederanno una attenta selezione dei pazienti e dureranno alcuni anni prima che si possa valutare scientificamente la sicurezza e l'efficacia dei nuovi farmaci, ma potrebbero aprire la strada ad una visione completamente diversa della cura dell'Alzheimer, basata sulla identificazione precoce e selettiva dei pazienti da trattare. Si sposterebbe così la terapia su una frontiera quasi di prevenzione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gioacchino Tedeschi
63 anni,
è direttore
della I clinica
neurologica
della Seconda
Università
di Napoli

Nasce il gioco da tavolo per imparare ad affrontare schizofrenia e autismo

“My Brother” ideato e disegnato da una ragazza di Napoli
È basato sulle carte e sulle capacità di gestire situazioni difficili

di **Fabrizio Geremicca**

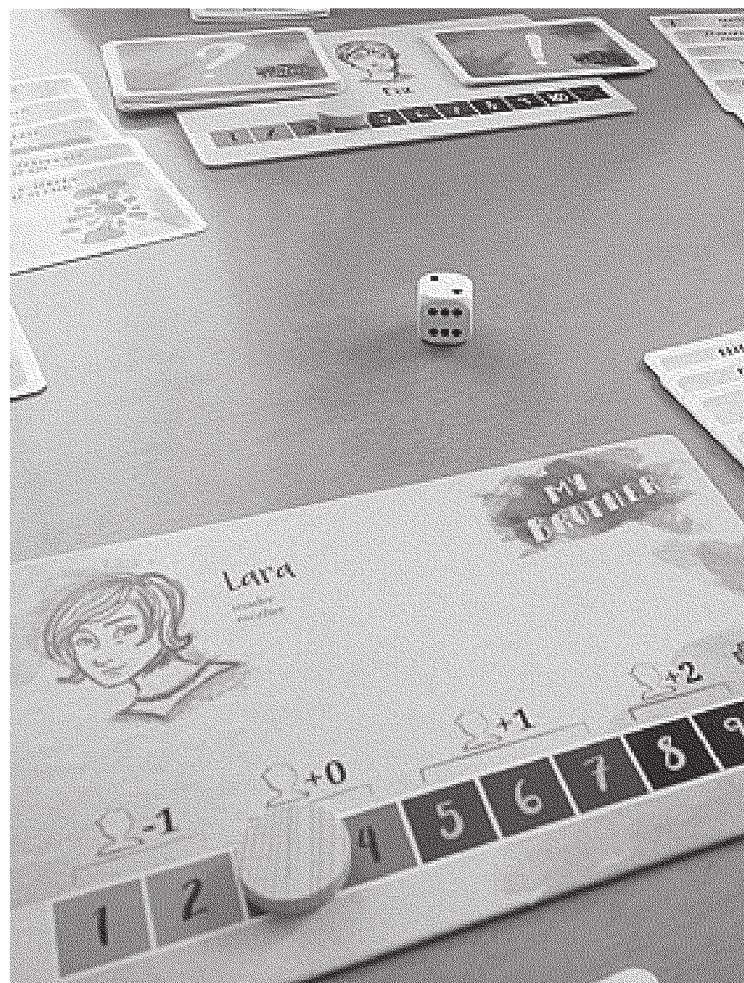
Un trasloco rappresenta sempre una occasione di stress in famiglia. Se, poi, uno dei membri del nucleo familiare è un ragazzo particolarmente fragile, perché affetto da autismo, il cambiamento presenta ostacoli impegnativi e genera preoccupazione. È partita da queste considerazioni Irene Nappi, la ragazza napoletana che ha ideato e disegnato il gioco da tavola *My Brother*. Si basa sulle carte e mette alla prova le capacità di tutti quelli che partecipano di gestire le situazioni di difficoltà e di pressione. Protagonista è la famiglia Fonte. Eric è appunto il ragazzo più fragile del nucleo familiare. «Il gioco - racconta - nasce dall'anno di ricerca durante la stesura della mia tesi magistrale in Design della Comunicazione. Mi sono concentrata sulla diversa percezione della realtà in casi di disturbi psichiatrici e psicologici. Specificamente, nel caso della schizofrenia».

È un richiamo a questa ricerca iniziale anche il titolo del gioco e

la sua ambientazione americana. «Si ispira - dice Nappi - al romanzo *The Girl with the Crazy Brother*, di Betty Hiland. L'autrice si è rifatta alla sua esperienza personale con il figlio che era schizofrenico». Prosegue Irene: «Da questa prima versione di gioco, attraverso il lavoro congiunto con la casa editrice Demoela, ho cercato, grazie anche alla collaborazione dell'associazione Play Res di Modena e della dottoressa Lumaichi, di renderlo adatto ad un numero maggiore di situazioni. Questo affinché ne potessero beneficiare più tipologie di famiglie». In particolare modo il gioco è stato calibrato in maniera tale da simulare una situazione di stress nell'ambito di un nucleo familiare

nel quale vive un ragazzo autistico. È stato, infatti, presentato al convegno internazionale sull'autismo promosso a Rimini dal centro studi dell'Erickson dal 15 al 16 ottobre. Durante la due giorni si è discusso anche del gioco come terapia ed è emerso appunto che le dinamiche proposte da giochi come *My Brother* possono essere utilizzate come veri e propri strumenti terapeutici, nell'ambito di una strategia complessa ed articolata di approccio al paziente. Dal 13 al 16 ottobre *My Brother* è stato inoltre presentato in Germania, allo *Spiel Essen*, la maggiore fiera nel settore del gioco. «È un gioco bilingue, in italiano ed in inglese, - conclude Nappi - ed è perciò fruibile a livello nazionale ed in-





ternazionale» Sarà anche al Lucca Comics and Games di fine ottobre.

Ma cosa è l'autismo e quali sono le sue cause? «Rientra - informa la pagina on line del ministero della Salute - in quelli che vengono definiti disturbi pervasivi dello sviluppo. Comprendono, tra gli altri, la sindrome di Asperger ed il disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato e sono complessivamente definiti come disturbi dello spettro autistico. Possono manifestarsi con gradi variabili di gravità». Prosegue la scheda ministeriale: «Si tratta di disturbi che dipendono da un alterato sviluppo del cervello. Chi ne è affetto presenta problemi di interazioni sociali, di comunicazione (verbale e non) e comportamenti ripetitivi. Possono esserci, inoltre, disabilità intellettiva, alterazioni della coordinazione motoria, disturbi gastro-intestinali».

I sintomi compaiono già nella

prima infanzia, cioè intorno al secondo ed al terzo anno di vita del bambino, e persistono per tutta la vita. Fondamentale - avvertono gli esperti - è la presa in carico tempestiva del soggetto. Bisogna intervenire precocemente, per esempio con qualche forma di terapia comportamentale. Tanto più importante perché non esistono cure definitive ma sono disponibili trattamenti che possono essere d'aiuto. L'autismo è un fenomeno in aumento o, almeno, rispetto al passato, lo si diagnostica con più frequenza. «Secondo recenti stime americane - informa il ministero della Salute - interessa un soggetto su ottantotto, con i maschi colpiti 4-5 volte più frequentemente rispetto alle femmine. In Europa la diffusione varia da paese a paese: si passa da una prevalenza di 1 su 160 in Danimarca, a una prevalenza di 1 su 86 in Gran Bretagna».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Irene Nappi

È la ragazza napoletana che ha ideato e disegnato il gioco da tavola *My Brother* nato dall'anno di ricerca durante la stesura della tesi magistrale in Design della Comunicazione

Ricerca e innovazione

Lo studio

Una ricerca
sulla mela
anti-cancro



Che la mela sia un concentrato di antiossidanti utili alla salute è noto, e da qualche tempo si sa anche che alcune molecole hanno proprietà antitumorali. Oggi, grazie a una nuova ricerca, si conoscono anche i meccanismi che agiscono sulle cellule malate. A firmare la scoperta, su *Scientific Reports*, un gruppo di ricerca coordinato dall'Istituto di scienze dell'alimentazione del Cnr in

collaborazione con il Dipartimento di chimica e biologia dell'Università di Salerno. «Da diversi anni si sa che il succo di mela ha effetti di prevenzione sul cancro al colon retto, ma non è chiaro come, spiega Angelo Facchiano, tra gli autori del lavoro. «Noi abbiamo studiato per la prima volta proprio quali molecole antiossidanti vanno ad agire e su quali specifiche proteine della cellula».

Naso e bocca Da qui per operare

La neurochirurgia ricostruttiva ha raggiunto oggi traguardi un tempo inimmaginabili. L'approccio anteriore è tecnica ideale per bimbi down e adulti con artrite reumatoide

di **Alessandra Grassi**

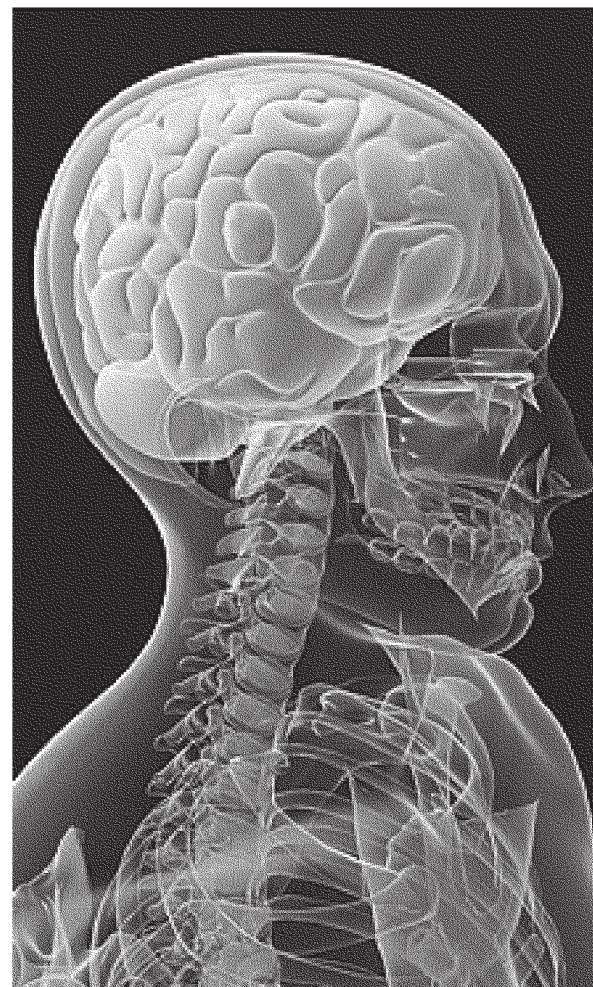
Ricostruire, riabilitare, ridare funzionalità a parti dell'organismo compromesse da traumi o malattie. È il campo d'intervento in cui si muove la moderna neurochirurgia ricostruttiva che negli ultimi anni ha raggiunto traguardi un tempo inimmaginabili. Un campo in continua evoluzione che si avvale di tecniche chirurgiche molto sofisticate. Come quelle che riguardano la decompressione del midollo spinale, più precisamente la cosiddetta giunzione bulbomidollare - struttura appartenente al sistema nervoso centrale che mette in contatto il cervello con il resto dell'organismo - utilizzando un approccio chirurgico anteriore, attraverso la bocca o le cavità nasali, diretto a quell'astuccio osseo che prende il nome di giunzione cranio cervicale.

«Fino ad oggi abbiamo operato con questa tecnica un numero consistente di casi - tra cui molti bambini con la sindrome di down, mucopolisaccaridiosi ed altre malformazioni congenite - e adulti affetti da artrite reumatoide, malattia infiammatoria delle articolazioni su base autoimmune, tumori locali come i cordomi, tumori cartilaginei come il condroma, tumore benigno dello scheletro, casi di artrosi complessa e postumi di traumi» spiega il professore Massimiliano Visocchi neurochirurgo presso il policlinico Gemelli dell'Uni-

versità Cattolica di Roma il cui istituto è guidato dal professore Alessandro Olivi. La cerniera cranio cervicale consente l'articolazione del cranio con il collo e garantisce la sua stabilità anatomica e funzionale. All'interno della cerniera si trovano microstrutture nervose che regolano funzioni fondamentali, come lo stato di coscienza, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, i movimenti e la sensibilità del tronco e degli arti.

Un micro universo che governa funzioni vitali. Un meccanismo delicatissimo che però in alcuni casi si può inceppare. «Se le articolazioni della cerniera non funzionano più si può presentare una disfunzione molto seria, la testa del paziente perde la sua stabilità ed in un lento e progressivo scivolamento si disloca» spiega Visocchi. «Una disfunzione che porta a comprimere il tronco dell'encefalo. In questi casi l'approccio chirurgico è transnasale o transorale, ossia in presenza di una patologia asportabile la via d'accesso per procedere è il naso o la bocca del paziente o entrambi» spiega Visocchi, che è anche presidente eletto della International Society of Reconstructive Neurosurgery.

Dopo la maggior parte di questi interventi può essere necessario correggere una persistente o successiva instabilità del capo sul collo. Può essere affrontata "puntellando" e sostenendo con delle strutture metalliche le sedi anatomiche divenute instabili. La terapia neurochirurgica associata a instabi-



lità cranio-cervicale mira a rimuovere le cause anatomiche del fenomeno e ripristinare le funzioni. «Ripristinare, ricostruire e riabilitare sono infatti le parole chiave della mission della International Society of Reconstructive Neurosurgery» sottolinea Visocchi. Presso la Cattolica di Roma il professore ha avviato circa due anni fa un centro di ricerca che punta ad affinare sempre più le tecniche chirurgiche impiegate per la cura di queste patologie anche attraverso studi anatomici e simulazioni chirurgiche.

«Presso l'università è stato istituito, ed è attivo, da quattro anni anche un master di II livello destinato a laureati in medicina e specialisti neurochirurghi, ortopedici ed otorinolaringoiatri, attualmente unico in Europa» riprende il professore Visocchi.

La neurochirurgia italiana si sta distinguendo da diversi anni all'interno della comunità scientifica internazionale: «Come dimostrano le recenti nomine del professore Franco Servadei a capo della Società Mondiale di Neurochirurgia (World Federation of Neurosurgical Societies) e del professore Michelangelo Gangemi, napoletano, da poco eletto presidente della Società Italiana di Neurochirurgia, la SINCh. Si tratta - conclude Massimiliano Visocchi - di prestigiosi studiosi che danno un contributo importante alla ricerca in campo medico e scientifico».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Massimiliano Visocchi

Si occupa di neurochirurgia spinale al Policlinico Gemelli dell'Università Cattolica di Roma. È autore di 450 lavori scientifici nazionali e internazionali oltre che componente e presidente di numerose società scientifiche e gruppi di ricerca. Da un anno è presidente dell'International Society of Reconstructive Neurosurgery. È stato premiato in Cina.

La sanità Sono solo i primi effetti dei tagli per gli esami diagnostici. Si prevede caos negli ospedali

Radiologia, da oggi stop alle convenzioni con i privati

Luella De Ciampis

Da oggi cominciano i disagi per i cittadini del Sannio, che, fino a fine anno non potranno più usufruire delle strutture accreditate per una serie di prestazioni diagnostiche. Le date stabilite sono quella di oggi per la radiologia, che comprende tac, risonanza magnetica, ecografia e radiologia digitale, fine novembre per la diabetologia e il 16 dicembre per le analisi di laboratorio.

> A pag. 21



La sanità, i tagli

Budget esauriti, stop agli esami in convenzione

Da oggi prestazioni di radiologia solo nelle strutture pubbliche, poi toccherà a diabetologia

Luella De Ciampis

Da oggi cominciano i disagi per i cittadini del Sannio, che, fino a fine anno non potranno più usufruire delle strutture accreditate per una serie di prestazioni diagnostiche. È un iter differenziato per ogni branca, che penalizza fortemente la medicina nucleare e la radiologia, ma lascia maggior respiro alla diabetologia e alle analisi di laboratorio, che subiranno uno stop di appena 15 giorni. L'ultimo monitoraggio effettuato dall'Asl ha infatti evidenziato l'esaurimento dei tetti di branca e la conseguente necessità di sospendere le prestazioni gratuite erogate ai pazienti. Le date stabilite sono quella di oggi per la radiologia, che comprende tac, risonanza magnetica, ecografia e radiologia digitale, fine novembre per la diabetologia e il 16 dicembre per le analisi di laboratorio. Dal 10 ottobre invece si è esaurito il budget per la medicina nucleare, che comprende scintigrafie e pet, eseguite esclusivamente presso il centro diagnostico Gammacord per il quale, il monitoraggio precedente a quello di fine settembre aveva però stabilito il 24 ottobre come data presumibile di esaurimento del tetto di struttura, anticipata poi al giorno 10, ma mai comunicata. In questo caso si tratta di esami riservati ai malati oncologici, per i quali, limitatamente a quelli del territorio sannita, l'Asl ha la facoltà di prevedere l'erogazione di una somma oltre il budget, in considerazione del fatto che si tratta dell'unica struttura in provincia a eseguire prestazioni di medicina nucleare. Una necessità, quella di mantenere in atto questo tipo di prestazioni, proprio in quanto rivolte a quella fascia di pazienti che necessitano di maggiore attenzione.

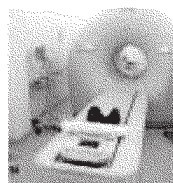
La comunicazione ai centri diagnostici, non ancora formalizzata dall'Azienda Sanitaria potrebbe già arrivare nelle prossime ore, ma fino a quel momento le strutture del territorio continueranno a garantire tutti i servizi. Infatti, spesso il passaggio dall'erogazione gratuita delle pre-

stazioni nei centri accreditati a quella di esecuzione degli esami a pagamento non è così netta, in quanto i titolari delle strutture private decidono di dilatare i tempi delle erogazioni gratuite, rischiando di non poter usufruire del rimborso Asl e aprire contenziosi contro l'ente. La sospensione dell'erogazione dei fondi regionali che perdurerà fino al mese di gennaio è comunque una questione di difficile gestione per i pazienti, soprattutto

per quelli affetti da patologie gravi, in quanto, rappresenta un aggravio burocratico per i medici prescrittori e un disagio per i pazienti, in special modo per quelli con patologie importanti perché, venendo meno i centri convenzionati, sono costretti a mettersi in lista di attesa, presso le strutture pubbliche. In questi casi i medici sostengono che sono obbligati a usare il codice di priorità, contrassegnato dalla casella U, del quale poi agli sportelli del Cup non si tiene minimamente conto. C'è però un dato

positivo da evidenziare che riguarda lo slittamento dei tempi di esaurimento dei tetti di branca, rispetto al passato, in quanto, nel 2015 la sospensione delle prestazioni è avvenuta a metà settembre e la conseguente possibilità di usufruire della gratuità delle analisi di laboratorio, la cui erogazione è compresa in una forbice che va dai 30 ai 90 prelievi giornalieri per ogni struttura, è prevista fino a metà dicembre e riduce notevolmente, a un paio di settimane, incluse le festività natalizie, il periodo di impossibilità di ricevere assistenza presso i centri accreditati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le eccezioni
Scintigrafie e pet potranno essere ancora autorizzate ma solo per i malati sanniti

quotidiano **sanità**.it

Sabato 29 OTTOBRE 2016

Giornata mondiale dell'ictus. Ogni anno 6,5 milioni di morti

Si celebra oggi in tutto il mondo il World Stroke Day. Per ricordare i 6,5 milioni di morti causati ogni anno da questa condizione, ma anche i 26 milioni di sopravvissuti. Diagnosi precoce e terapie tempestive sono la chiave per salvare vite ma anche per risparmiare a chi supera la fase acuta le disabilità residue. Per questo il tema scelto per la campagna 2016 è 'Face the facts: stroke is treatable'.

L'incidenza dell'ictus è in aumento (ogni anno se ne verificano nel mondo 17 milioni) ma la buona notizia è che, come ricorda il tema della Giornata Mondiale che si celebra in tutto il mondo il 29 ottobre, 'l'ictus è trattabile'. La vita delle persone colpite da questa condizione può infatti migliorare notevolmente attraverso una maggior consapevolezza dei sintomi, un miglior accesso alle cure e soprattutto all'agire prontamente.

La campagna 2016 mira dunque ad aumentare la conoscenza del pubblico su questi argomenti e a sottolineare quanto siano migliorati gli esiti di questa condizione grazie all'accesso ai trattamenti moderni. *Stroke Unit*, trombolisi e *stent retriever* (sistemi di aspirazione e rimozione del trombo) hanno radicalmente modificato la prognosi dell'ictus.

Conditio sine quanon ovviamente è la rapidità dei soccorsi e delle cure, che passa attraverso il pronto riconoscimento dei sintomi, racchiusi nell'acronimo inglese FAST che sta per 'faccia cadente' (F = *face drooping*), 'debolezza del braccio' (A = *arm weakness*), difficoltà dell'eloquio (S = *speech difficulty*), Tempo di chiamare i soccorsi (T = *time to call 911* – o nella nostra realtà il 118).

Insomma di fronte alla salute non c'è scusa che tenga e i pazienti sono molto creativi in fatto di scuse; c'è chi si va a fare un pisolino pensando di star meglio dopo, quella che ha un appuntamento dal parrucchiere, quello che sta guardando una partita e pensa che problema c'è se la finisco di vedere prima di andare dal medico, quello che pensa di non potersi assentare dal lavoro. E' anche grazie a queste 'scuse' che l'ictus uccide 6,5 milioni di persone ogni anno nel mondo, costringendo alla disabilità un gran numero di sopravvissuti.

Un vero peccato, perché la tempestività dei trattamenti, oltre a salvare la vita, può far molto per ridurre la disabilità conseguente ad uno *stroke*. Lo dimostrano le statistiche: il 91% di quanti vengono sottoposti a trombolisi o a trattamento con *stent retriever* entro 2,5 ore dall'ictus, presentano un grado minimo di disabilità o l'assenza totale di reliquati. Ma il fattore tempo è fondamentale. Una scusa di troppo può risultare fatale. L'accesso ad una *stroke unit* aumenta le possibilità di un esito favorevole del 14%, la trombolisi del 30%, il trattamento con un *device* aspira o rimuovi-trombo del 50%.

Come ricorda il video della *world stroke campaign*, nel mondo ci sono 26 milioni di sopravvissuti all' ictus, molti in buona salute grazie ad una diagnosi rapida e a terapie tempestive. Purtroppo ancora troppi non sono così fortunati. Ma l'ictus è trattabile e la vita della gente può migliorare. Grazie alle 'tre A': *Awareness, Access, Action*. Da far sapere a tutti, anche sui *social media*, mettendo un *like* sulla pagina www.facebook.com/worldstrokecampaign o seguendo e twittando @WStrokeCampaign #WSD16. Oggi e per i restanti giorni dell'anno.

Maria Rita Montebelli

quali viene annoverata l'edilizia sanitaria. L'importo dello stanziamento, programmato fino all'anno 2030, non viene però specificato.

Art 25 (Ape)

Pensione anticipata per infermiere e ostetriche. In via sperimentale, dal 1 maggio 2017 e fino al 31 dicembre 2018, potrà accedere all'Ape (anticipo pensionistico) chi svolge professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche ospedaliere con lavoro organizzato in turni, e addetti all'assistenza personale di persone in condizioni di non autosufficienza, se lavoratori dipendenti che svolgono da almeno 6 anni in via continuativa attività lavorative per le quali è richiesto un impegno tale da rendere particolarmente difficoltoso e rischioso il loro svolgimento in modo continuativo e sono in possesso di un'anzianità contributiva di almeno 36 anni.

Art. 30 (Lavoratori precoci)

Per le professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche ospedaliere con lavoro organizzato in turni, che svolgono da almeno sei anni in via continuativa attività lavorative per le quali è richiesto un impegno tale da rendere particolarmente difficoltoso e rischioso il loro svolgimento in modo continuativo o che soddisfano le condizioni di cui all'articolo 1, commi da 1 a 3 del decreto legislativo del 21 aprile 2011, n. 67, a decorrere dal 1° maggio 2017 il loro requisito contributivo è ridotto a 41 anni.

Il beneficio dell'anticipo del pensionamento ai sensi dei commi da 1 a 4 è riconosciuto a domanda nel limite di 360 milioni di euro per l'anno 2017, 550 milioni di euro per l'anno 2018, 570 milioni di euro per l'anno 2019, 590 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2020.

Art. 41 (Finanziamento attività di ricerca)

Al fine di incentivare l'attività base di ricerca dei docenti delle università statali, nello stato di previsione del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca è istituito un fondo con uno stanziamento di **45 mln di euro annui a decorrere dal 2017**.

Art. 47 (Fondo sostegno natalità)

La dotazione del Fondo di sostegno alla natalità è pari a **14 milioni di euro per l'anno 2017, 24 milioni di euro per l'anno 2018, 23 milioni di euro per l'anno 2019, 13 milioni di euro per l'anno 2020 e 6 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021**.

Art. 48 (Premio alla nascita e congedo obbligatorio per il padre lavoratore)

A decorrere dal 1° gennaio 2017 è riconosciuto un **premio alla nascita o all'adozione** di minore dell'importo di **800 euro**. Il premio è corrisposto in unica soluzione, a domanda della futura madre, dall'Inps al compimento del settimo mese di gravidanza o all'atto dell'adozione.

Il **congedo obbligatorio per il padre** lavoratore dipendente, da fruire entro i cinque mesi dalla nascita del figlio è prorogato anche al 2017. La durata del congedo obbligatorio per il padre lavoratore dipendente è aumentata a due giorni, che possono essere goduti anche in via non continuativa.

Art. 49 (Bonus nido e rifinanziamento voucher asili nido)

In riferimento ai nati a decorrere dal 1° gennaio 2016 per il pagamento di rette relative alla frequenza di asili nido pubblici e privati è attribuito, a partire dall'anno 2017, un **buono di 1.000 euro su base annua** e parametrato a undici mensilità. Il buono è corrisposto al genitore richiedente dall'INPS, previa presentazione di idonea documentazione dimostrante l'iscrizione a strutture pubbliche o private. Il beneficio è riconosciuto nel limite massimo di 144 milioni di euro per l'anno 2017, 250 milioni di euro per l'anno 2018, 300 milioni di euro per l'anno 2019 e 330 milioni di euro annui a decorrere dal 2020.

Art. 50 (Pari opportunità)

Al finanziamento delle iniziative per l'attuazione delle politiche delle pari opportunità e non discriminazione potranno concorrere ulteriori risorse per l'anno 2017, fino a complessivi **20 milioni di euro**.

Art. 52 (Fondo per il pubblico impiego)

Per il pubblico impiego **sono stanziati complessivamente 1,920 miliardi per il 2017 e 2,630 miliardi a decorrere dall'anno 2018**.

Tali stanziamenti sono finalizzati alla contrattazione collettiva per il triennio 2016/2018 e per nuove assunzioni nella PA e per il rafforzamento dell'organico dell'autonomia nel settore dell'istruzione.

Art. 58 (Efficientamento della spesa del Servizio sanitario nazionale)

- **Fascicolo sanitario elettronico (Fse)**. La progettazione dell'infrastruttura nazionale necessaria a garantire l'interoperabilità dei FSE, verrà curata dal **Ministero dell'economia e delle finanze** attraverso l'utilizzo dell'infrastruttura del Sistema Tessera sanitaria

Il Sistema Tessera Sanitaria entro il **30 aprile 2017**, rende disponibile ai FSE e ai dossier farmaceutici regionali, i dati risultanti negli archivi del medesimo Sistema Tessera Sanitaria relativi alle esenzioni dell'assistito, prescrizioni e prestazioni erogate di farmaceutica e specialistica a carico del Servizio sanitario nazionale, certificati di malattia telematici, prestazioni di assistenza protesica, termale e integrativa. Per l'attuazione è autorizzata la spesa di 2,5 milioni di euro annui a decorrere dal 2017.

- **Quota premiale Fsn.** La quota viene **incrementata, a livello sperimentale per l'anno 2017, di una quota pari allo 0,1 per cento** del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Vi potranno accedere anche le Regioni in piano di rientro purché abbiano registrato dei miglioramenti.

- **Stretta sui deficit delle aziende ospedaliere.** Viene ulteriormente abbassata la soglia del disavanzo di gestione oltre la quale le aziende ospedaliere, universitarie e Irccs andranno in Piano di rientro. Il limite si abbassa al 5% della differenza tra costi e ricavi (oggi è il 10%).

- **Finanziamento Fondo sanitario nazionale.** Per la sanità la determinazione del Fondo sanitario 2017 a **113 miliardi**, che salgono a **114 nel 2018** e a **115 nel 2019**.

Art. 59 (Disposizioni in materia di assistenza sanitaria)

- **Tetti spesa farmaceutica.** Dal 2017 il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera sarà calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89 per cento (oggi è fissato al 3,5%) e assume la denominazione di "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti". Conseguentemente cambia anche il tetto della spesa farmaceutica territoriale che sarà rideterminato nella misura del 7,96 per cento (oggi è dell'11,35%) e assume la denominazione di "tetto della spesa farmaceutica convenzionata".

- **Fondo farmaci innovativi ed oncologici.** In tutto **1 miliardo di euro** per i farmaci innovativi, di cui **500 per un nuovo fondo ad hoc per gli oncologici** (in proposito si stabilisce che l'Aifa, entro il 31 marzo 2017, dovrà fissare i criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e a innovatività condizionata e dei farmaci oncologici innovativi).

- **Biosimilari.** Nella manovra si stabilisce che "Non è consentita la sostituibilità automatica tra biologico di riferimento e un suo biosimilare né tra biosimilari" e che "Nelle procedure pubbliche di acquisto non possono essere posti in gara nel medesimo lotto principi attivi differenti, anche se aventi le stesse indicazioni terapeutiche".

- **Farmaci biologici a brevetto scaduto.** Sono poi previste anche specifiche norme per razionalizzare la spesa per l'acquisto di farmaci biologici a brevetto scaduto. In particolare per le gare d'acquisto si prevede un lotto unico considerando lo specifico principio attivo (ATC di V livello), medesimi via di somministrazione e dosaggio. La base d'asta dell'accordo quadro dovrà essere il prezzo massimo di cessione al Ssn del farmaco biologico di riferimento.

In ogni caso si stabilisce che "i pazienti devono essere trattati, con uno dei primi tre farmaci nella graduatoria dell'accordo quadro classificati secondo il criterio del minor prezzo o dell'offerta economicamente più vantaggiosa" e che "Il medico è comunque libero di prescrivere, senza obbligo di motivazione, il farmaco (tra quelli mesi in gara, ndr.) ritenuto idoneo a garantire la continuità terapeutica ai pazienti".

- **Vaccini.** Viene istituito un **Fondo per l'acquisto vaccini** ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini (NPNV). Il Fondo, sempre all'interno delle risorse del fondo sanitario nazionale, è pari a **100 milioni di euro per l'anno 2017, 127 milioni di euro per l'anno 2018** e **186 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019**.

- **Stabilizzazione dei precari in sanità (assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale).** Sempre nell'ambito delle risorse del fondo sanitario nazionale, è previsto un **Fondo vincolato di 75 milioni di euro per il 2017** e di **150 milioni a decorrere dal 2018**.

Giovanni Rodriguez