



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



**Gli altri settori.** Pochi sconti per gli alberghi

# Niente tasse per la sanità convenzionata

Insieme alla scuola, le attività sanitarie e assistenziali sono l'altro grande capitolo del **non profit**, e anche per loro le regole prefigurano un elevato tasso di esenzione dall'Imu.

Nel caso di sanità e assistenza il tema tariffario finisce in secondo piano, perché il requisito fondamentale per entrare nel campo delle attività «non commerciali» e di conseguenza lontane

da Imu e Tasi è rappresentato da convenzioni, accreditamenti e contratti con lo Stato o gli enti territoriali: se la struttura è accreditata o convenzionata, spiegano le istruzioni diffuse ieri dal ministero, la sua attività diventa «complementare o integrativa rispetto al servizio pubblico», e quindi Imu e Tasi non si pagano «a prescindere dalla quota di partecipazione di volta in volta ri-

chiesta all'utente o alla sua famiglia». In modo speculare, nei campi di attività in cui l'accreditamento o la convenzione sono possibili, la loro assenza fa scattare gli obblighi tributari, anche nel caso (teorico) in cui le tariffe fossero bassissime o assenti. Le stesse istruzioni, del resto, spiegano che le attività sociosanitarie «sono generalmente accreditate o convenzionate»: una par-

ziale eccezione può essere rappresentata dalle case di riposo per anziani autosufficienti, ma il ministero precisa che accanto ad accreditamenti e contratti «occorre prendere in considerazione anche le ipotesi di cofinanziamento della prestazione da parte dell'ente locale». Nei casi residuali di attività i cui ordinamenti non prevedono accreditamenti e convenzioni, invece, andrà esaminato il requisito delle tariffe, che dovranno essere «simboliche» e quindi scollegate dal finanziamento effettivo del servizio: in ogni caso, la tariffa non potrà superare il 50% della media applicata per le stesse attività nell'ambito territoriale locale.

Quando si passa alle attività ricettive, invece, i parametri si fanno più severi e gli automatismi funzionano al contrario, nel senso che impongono il pagamento di Imu e Tasi salvo eccezioni: in particolare, l'esenzione è sempre esclusa per le attività «alberghiere o para-alberghiere» elencate dall'articolo 9 del Dlgs 79/2011, che accanto ad alberghi e motel contempla residenze turistiche, alberghi diffusi, residenze d'epoca, bed and breakfast «organizzati in forma imprenditoriale» beauty farm e così via. Nel caso delle attività sportive, la preconditione è il riconoscimento da parte del Coni, ma l'esenzione arriva solo quando le tariffe non superano la solita soglia del 50% della media locale, con una richiesta che torna anche per le attività culturali.

**G.Tr.**

MEDICI

**La Asl paga solo  
la visita necessaria**

Il medico della Asl che batte cassa per avere i compensi relativi all'assistenza programmata domiciliare deve provare l'esigenza effettiva del paziente. Per ottenere il pagamento è necessario specificare se si è svolto un intervento domiciliare o ambulatoriale. Una chiarezza che al sanitario in causa con la Als era mancata. Troppo generico il foglio riepilogativo e assente anche la prova dell'avvenuta programmazione degli accessi in base alle esigenze effettive dei pazienti.

*(Corte di cassazione -  
Sezione lavoro - Sentenza 1  
luglio 2014 n. 14951)*

## La Corte di giustizia Ue «gela» le cure all'estero

Per problemi «strutturali», viene meno l'obbligo per lo Stato di autorizzare le cure all'estero. (Servizio a pag. 21)

### CORTE DI GIUSTIZIA EUROPEA

## Doccia fredda sulla «Shengen sanitaria»

**Problemi di tipo  
«strutturale»  
sollevano lo Stato  
dall'autorizzazione**

**C**ala il gelo sulla «Schengen sanitaria», introdotta dalla direttiva 24/2011/Ue entrata in vigore in Italia il 5 aprile scorso, dopo il recepimento del Dlgs 38 del 4 marzo 2014: una pronuncia della Corte di giustizia europea riconosce infatti che uno Stato membro è obbligato ad autorizzare la prestazione sanitaria in un altro Stato dell'Unione quando non può garantirla sul proprio territorio per una «carezza di carattere contingente e transitorio», ma sottolinea altresì che «in caso di problemi di carattere strutturale, lo Stato membro non è obbligato ad autorizzare la prestazione di tale servizio in un altro Stato».

In pratica, si cerca di evitare l'emigrazione di massa di pazienti da uno Stato con un servizio sanitario che non ha i mezzi e le competenze per assicurare prestazioni complesse ai propri cittadini. Se infatti questo Stato dovesse poi rimborsare le spese per gli interventi effettuati in altri Paesi dell'Unione europea, rischierebbe la bancarotta. O, comunque, andrebbe in tilt il sistema del welfare.

Da qui la decisione dell'avvocato generale Cruz Villalón, che si è pronunciato sul caso di una cittadina rumena, colpita da una grave patologia. La donna era stata ricoverata in un istituto specializzato a Timisoara, aveva bisogno di un intervento chirurgico urgente, ma la struttura non poteva effettuarlo. La paziente ha chiesto allora l'autorizzazione a essere operata in Germania: autorizzazione negata. Nonostante il no, la signora Petru ha deciso comunque di partire e operarsi, pagando 18mila euro, di cui chiede ora il conto alla Romania. Il Tribunale di Sibiu, chiamato a decidere sulla controversia, ha chiesto lumi alla Corte di giustizia europea.

È la prima volta, sottolinea la Corte, in cui la necessità di ricevere assistenza medica in un altro Stato membro trova giustificazione

nella carezza di mezzi dello Stato di residenza. Ebbene, secondo l'avvocato, «laddove la carezza di mezzi materiali necessari ai fini dell'effettuazione della prestazione sanitaria dipenda da una mancanza strutturale, lo Stato membro non è obbligato ad autorizzare la prestazione, in un altro Stato dell'Unione, di un servizio compreso nelle prestazioni coperte dal proprio sistema di previdenza sociale, sebbene ciò possa comportare che determinate prestazioni sanitarie non possano essere effettivamente praticate. Tale obbligo sussisterà solamente qualora l'autorizzazione non metta in pericolo la sostenibilità economica del suo sistema di previdenza sociale».

L'avvocato generale fa infatti presente che «lo Stato membro che si trovi in tale situazione di carezza strutturale non potrebbe far fronte agli oneri economici derivanti da un'emigrazione sanitaria di massa degli iscritti al proprio sistema di previdenza sociale». E sottolinea che «uno dei limiti all'esercizio della libera prestazione dei servizi sanitari consiste proprio nel non mettere in pericolo né la prestazione stessa né tutti gli sforzi di pianificazione e di razionalizzazione effettuati in tale settore vitale nello Stato di residenza del paziente».

Tra i paletti alla libera circolazione dei pazienti fissati dalla direttiva - e integralmente recepiti dal governo Renzi - rientra anche quello secondo cui «per motivi imperanti di interesse generale», cioè essenzialmente per ragioni di bilancio, possa essere sospeso il diritto al rimborso delle spese sostenute dal cittadino, anche su un singolo territorio regionale. Quindi la provenienza del paziente condiziona il diritto a curarsi. Un principio che fa il paio con la pronuncia della Corte di Giustizia europea.

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## *Spesa in calo dell'1,1% con un avanzo di 381 milioni per le Regioni*

**Q**ualche miglioramento c'è stato, il termometro della spesa sanitaria segna qualche grado in meno, ma non è ancora chiaro se per consolidare questo trend positivo «sarà sufficiente proseguire nel rallentamento dei saggi di incremento della spesa», o se invece «saranno indispensabili interventi più radicali che comportino l'effettiva riduzione degli stessi livelli di spesa».

Oroscopo sospeso, dunque, nel Giudizio sul Rendiconto generale dello Stato sul capitolo relativo alla sanità pubblica, che analizza dinamiche di finanziamento e di spesa del comparto che ha registrato una incidenza sul Pil in calo di un punto, passando dal 7,3 al 7,2%.

Complessivamente nel 2013 il budget a disposizione del Ssn si è attestato a quota 113,039 miliardi, con una diminuzione dell'1,3% sul 2012 che - a fronte del volume generale della spesa pari a 112,658 miliardi - ha comportato un avanzo complessivo nazionale di 0,381 miliardi interamente a favore di Regioni e Pa.

Anche per il 2013, le due voci più consistenti di finanziamento sono rappresentate, rispettivamente, per il 48,2% dal gettito sti-

mato della quota parte di Iva e accise (il c.d. federalismo fiscale, pari a 54,145 miliardi) e per il 33,3% da Irap e addizionale regionale Irpef per complessivi 37,466 miliardi. Complessivamente, dunque, l'81,5% del finanziamento del sistema sanitario deriva dal pagamento di imposte, mentre resta marginale l'apporto di ricavi ed entrate proprie (3,156 miliardi, 2,8% del totale) ed è in netto calo (11,888 miliardi, pari al 10,6% del totale, -2,5% sul 2012) l'incidenza dei trasferimenti da pubblico e privato.

La spesa complessiva del Ssn si è attestata invece a quota 112,658 miliardi, di cui 112,065 relativi a Regioni e Province autonome (quasi il 100% del totale) e 0,592 relativi agli enti finanziati direttamente dallo Stato (es. Croce Rossa, mutui Cassa Depositi e prestiti, borse specializzate ecc.).

Le fonti ordinarie di finanziamento hanno coperto dunque l'intero fabbisogno. Anzi, rispetto all'anno precedente, si è registrata una diminuzione percentuale della spesa di -1,1% a livello nazionale e di pari valore a livello regionale, attestandosi al livello più basso del quinquennio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Finanziamento del Ssn anno 2013 (importi in miliardi di euro)

Destinazione del finanziamento e risultati d'esercizio	Anno 2012				Anno 2013			
	Composizione	+/-		procapite	Composizione	+/-		procapite
		anno	euro			anno	euro	
<b>FINANZIAMENTO (1)</b>	<b>114,535</b>	<b>100,5</b>	<b>2,7</b>	<b>1.924</b>	<b>113,039</b>	<b>100,3</b>	<b>-1,3</b>	<b>1.894</b>
Finanziamento Ssn/Pil	-	7,3	-	-	-	7,2	-	-
Regioni e Province autonome	113,888	100,0	2,7	1.913	112,447	100,0	-1,3	1.884
Irap e addizionale Irpef	39,902	35,0	4,6	670	37,466	33,3	-6,1	628
Fabbisogno ex Dlgs 56/2000 (Iva e accise)	52,969	46,5	-1,6	890	54,145	48,2	2,2	907
Ulteriori trasferimenti da pubblico e da privato	12,189	10,7	13,4	205	11,888	10,6	-2,5	199
Ricavi ed entrate proprie varie	3,302	2,9	6,0	55	3,156	2,8	-4,4	53
Fsn e quote vincolate a carico dello Stato	4,004	3,5	0,0	67	4,207	3,7	5,1	70
Costi capitalizzati	1,480	-	-	-	1,463	-	-	-
Rettifiche e utilizzo fondi	0,043	-	-	-	0,122	-	-	-
Altri enti del Ssn	<b>0,647</b>	-	1,0	-	<b>0,592</b>	-	-8,5	-
Finanziati con quote vincolate a carico dello Stato	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>AVANZO/DISAVANZO (2)</b>	<b>0,580</b>	<b>-0,5</b>	<b>-146,0</b>	<b>10</b>	<b>0,381</b>	<b>-0,3</b>	<b>-34,3</b>	<b>6</b>
Disavanzo Ssn/Pil	-	0,0	-	-	-	-	-	-
Avanzo/Disavanzo a carico dello Stato	-	-	-	-	-	-	-	-
Avanzo/Disavanzo a carico dello Stato coperto con fondi appositi	-	-	-	-	-	-	-	-
Avanzo/Disavanzo a carico delle Regioni	0,580	-	-	-	0,381	-	-	-

Per il 2012 e per il 2013 i dati sono stati aggiornati rispettivamente alla data del 12/7/2013 e dell'8/4/2014. Per il calcolo del pro capite 2012 è stata presa come riferimento rispettivamente la popolazione al 31/1/2011 e all'1/1/2012. La finalità di tale scelta è derivata dalla necessità di evitare distorsioni derivanti dal censimento effettuato nel corso del 2011. Conseguentemente, la popolazione presa come riferimento negli anni 2011-2012 risulta la medesima. I dati sopra riportati possono divergere in parte da quelli Istat, a causa di differenti criteri utilizzati per la rilevazione di alcune voci di finanziamento.

(1) Per Finanziamento del Ssn si intende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intramoenia.

(2) Corrispondente alla somma algebrica degli avanzi e dei disavanzi delle singole Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano.

Fonte: ministero della Salute: Nss, dati di consuntivo a eccezione dell'ultimo anno

Spese del Ssn per l'anno 2013 (importi in miliardi di euro)

Settori di spesa interessati nell'esercizio	Anno 2012				Anno 2013			
	Composizione	+/-		procapite	Composizione	+/-		procapite
		anno	euro			anno	euro	
<b>SPESA (1)</b>	<b>113,955</b>	<b>100,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1.914</b>	<b>112,658</b>	<b>100,0</b>	<b>-1,1</b>	<b>1.888</b>
Pil e spesa Ssn/Pil	1.566,912	7,3	-0,8	26.317	1.560,024	7,2	-0,4	26.138
Regioni e Province autonome	113,308	100,0	1,0	1.903	112,065	100,0	-1,1	1.878
Personale	35,585	31,4	-1,4	598	35,169	31,4	-1,2	589
Beni e altri servizi	35,596	31,4	3,4	598	35,183	31,4	-1,2	589
Medicina generale convenzionata	6,648	5,9	0,3	112	6,609	5,9	-0,6	111
Farmaceutica convenzionata	8,891	7,8	-9,8	149	8,592	7,7	-3,4	144
Specialistica convenzionata e accreditata	4,755	4,2	1,9	80	4,759	4,2	0,1	80
Riabilitativa accreditata	1,883	1,7	-3,6	32	1,878	1,7	-0,2	31
Integrativa e protesica convenzionata e accreditata	1,851	1,6	-4,3	31	1,853	1,7	0,1	31
Altra assistenza convenzionata e accreditata	6,799	6,0	6,7	114	7,102	6,3	4,5	119
Ospedaliera accreditata	8,522	7,5	-1,4	143	8,525	7,6	0,0	143
Saldo gestione straordinaria	0,056	-	-	-	-0,205	-	-	-
Saldo intramoenia	-0,195	-	-	-	-0,208	-	-	-
Saldo svalutazioni/rivalutazioni	0,161	-	-	-	0,066	-	-	-
Mobilità verso Bambin Gesù (2)	0,167	-	0,0	-	0,193	-	15,6	-
Mobilità verso Smom (2)	0,035	-	0,0	-	0,039	-	11,0	-
Ammortamenti	2,553	-	-	-	2,507	-	-	-
<b>ALTRI ENTI DEL SSN (3)</b>	<b>0,647</b>	-	1,0	-	<b>0,592</b>	-	-8,5	-
Finanziati con quote vincolate a carico dello Stato	-	-	-	-	-	-	-	-

Per il 2012 e per il 2013 i dati sono stati aggiornati rispettivamente alla data del 12/7/2013 e dell'8/4/2014. Per il calcolo del pro capite 2012 è stata presa come riferimento rispettivamente la popolazione al 31/1/2011 e all'1/1/2012. La finalità di tale scelta è derivata dalla necessità di evitare distorsioni derivanti dal censimento effettuato nel corso del 2011. Conseguentemente, la popolazione presa come riferimento negli anni 2011-2012 risulta la medesima. I dati sopra riportati possono divergere in parte da quelli Istat, a causa di differenti criteri utilizzati per la rilevazione di alcune voci di finanziamento e di spesa.

(1) Per Spesa del Ssn si intende la somma dei costi delle sole funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria (ricavi straordinari e costi straordinari, costi stimati per accantonamenti e variazione delle rimanenze) e con il saldo relativo all'intramoenia. A partire dall'anno 2011 sono stati inclusi nella spesa gli ammortamenti e nel finanziamento i costi capitalizzati, secondo le regole definite dal Tavolo di verifica nella riunione del 24 marzo 2011 concernente l'avvio del processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dall'Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009 e dai decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale. Dal 2012, in relazione all'entrata in vigore del Dlgs 118/2011 e alla definizione di principi contabili uniformi contenuti nell'articolo 29 del predetto decreto legislativo, gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello Ce, così come dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati. Sempre in relazione all'entrata in vigore del Dlgs 118/2011 a partire dall'anno 2012, l'aggregato della spesa sanitaria include anche il saldo delle voci rivalutazioni e svalutazioni. Dal 2011 sono stati inclusi tra la spesa, gli ammortamenti secondo le regole dettate dal Tavolo di verifica di cui ai verbali del 24 marzo 2011 e 4 novembre 2011. In particolare per l'anno 2011 per le Regioni Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Molise e Basilicata sono stati indicati i valori degli ammortamenti riferiti ai beni entrati in produzione negli anni 2010-2011 (analogamente dal lato dei ricavi sono stati considerati i costi capitalizzati che sterilizzano i medesimi ammortamenti). Per le restanti Regioni, invece, il valore degli ammortamenti considerato è quello risultante dal modello Ce (analogamente, dal lato dei ricavi i costi capitalizzati sono stati valorizzati così come risultanti da Ce). Dal 2012 gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello Ce, analogamente dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati.

(2) Le spese relative al Bambin Gesù e allo Smom (Sovrano Militare Ordine di Malta) sono da imputarsi alle funzioni "Specialistica convenzionata e accreditata" e "Ospedaliera accreditata".

(3) Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa DdPp (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti zooprofilattici sperimentali (finanziamento corrente), Centro nazionale trapianti, altre amministrazioni pubbliche, in applicazione dell'articolo 17 comma 5, del decreto-legge 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge 111/2011 in materia di accertamenti medico-legali ai pubblici dipendenti.

Fonte: ministero della Salute: Nss, dati di consuntivo a eccezione dell'ultimo anno

La circolarità  
dei risparmi

JORIO A PAG. 3

LE RAZIONALIZZAZIONI NON DISPERDONO LE RISORSE

## Una fase nuova per il Ssn: arriva la circolarità dei tagli

Manca però la compensazione strutturale dei gap tra Sud e il resto del Paese

### Liberare le risorse per i mutui

Il prossimo Patto per la Salute farà (presumibilmente) la storia. Sarà l'inizio di una nuova sanità. Lo farà per due ordini di motivi. Il primo, perché sancisce la circolarità dei tagli, ovvero sarà lo stesso Servizio sanitario nazionale a godere del risparmio generato sulle attuali spese. È la ministra ad averlo preteso e ottenuto nell'ottica di rendere sostenibile la salute del domani.

Il secondo, per le novità sostanziali che si sta accingendo a formalizzare. Esse riguardano, secondo le informazioni subito precedenti alla sua approvazione:

- la fissazione dei nuovi standard e delle misure di contenimento per i presidi ospedalieri, che comporterà la soppressione dei piccoli ospedali, divenuti da tempo antieconomici ed esempi di pessima erogazione dei rispettivi servizi. Una regola generale nei confronti della quale sarà possibile, tuttavia, una deroga in presenza di particolari e documentate esigenze locali, soprattutto riferibili alla particolare orografia del territorio interessato e alla distribuzione demografica;
- la determinazione di principi fondamentali atti a disciplinare nel dettaglio, a cura delle Regioni, sensibili interventi di dimagrimento economici, a mo' di spending review sistemica, dell'organizzazione e della gestione delle sanità regionali;
- la previsione di regole finalizzate a centralizzare, ovunque e comunque, gli acquisti di beni e servizi, sì da determinare una consistente riduzione della spesa relativa;
- l'individuazione di indici correttivi di deprivazione socio-economica, utili a differenziare il riparto dell'attuale Fondo sanitario nazionale/regionale, ma soprattutto a individuare, di qui a poco (si spera) i fabbisogni standard, nazionale e regionale, alla luce dell'introduzione a regime dei costi standard;
- l'abrogazione delle norme che ancora consentono, in alter-

nativa a soggetti "laici" in possesso dei necessari requisiti, ai Presidenti delle Regioni con i conti della salute in dissesto di riassumere a sé anche la carica di commissario ad acta per i piani di rientro, nominato in attuazione dell'art. 120, comma 2, della Costituzione. A proposito dei piani di rientro, sarebbe utile prevedere una sensibile modifica dell'attuale disciplina, sino a oggi produttiva di risultati non affatto esaltanti, sia per l'economia pubblica che per l'esigibilità dei Lea da parte delle collettività interessate (si legga Il Sole-24 Ore-Sanità del 24 giugno 2014).

Insomma, molte le novità e tante le speranze per un sistema in crisi di funzionamento e di sostenibilità. Gli ulteriori problemi da risolvere saranno tantissimi. Tra questi l'esigenza di attuare il Dlgs 88/2011, riferito al fabbisogno estremo di perequazione infrastrutturale, attraverso il quale andranno compensati i gap di patrimonio produttivo e tecnologico che separano il Mezzogiorno da tutto il resto del Paese.

Non è più, infatti, sostenibile che vi sia una parte dello stesso che abbia in godimento tecnologie di ultima generazione e strutture avveniristiche e un'altra che abbia in uso strumentazioni "a elastico" e stabilimenti fatiscenti. Non solo. Ci sarà da individuare, così come si è fatto con gli interventi legislativi destinati al pagamento dei debiti arretrati della pubblica amministrazione (decreto legge 35/2013), analoghe norme che consentano alle Regioni indebitate di pagare i mutui trentennali con risorse libere, e non già con quelle (così come ancora avviene sino a oggi) destinate esclusivamente ai Lea. Un dovere ineludibile a mente del dettato costituzionale.

**Ettore Jorio**  
Università della Calabria

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Sanità. Domani il documento all'esame delle Regioni

# Farmaci, la stretta arriva nel nuovo «Patto salute»

**Roberto Turno**

Un nuovo Prontuario dei farmaci rimborsati dallo Stato creato in base al loro costo/beneficio e alla loro reale efficacia, ma anche con prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee. Contestualità tra immissione in commercio dei medicinali e decisione della rimborsabilità pubblica. Basta far west regionali sull'equivalenza terapeutica. E insieme tavoli di monitoraggio permanenti e stringenti valutazioni di Hta (Health technology assessment) sia per i farmaci che per i dispositivi medici, per i quali ci saranno presto appositi Osservatori regionali con tanto di budget annuali dei consumi ben definiti per asl e ospedali. Contiene numerose novità per le imprese il «Patto per la salute 2014-2016» che è atteso domani all'esame delle regioni. Con una new entry: un vero e proprio «Patto nel Patto», quello sulla sanità digitale, che è tutta da realizzare nella sanità pubblica e da implementare dappertutto se davvero si vogliono realizzare i risparmi miliardari annunciati dall'e-health e a tutt'oggi un mistero in più di mezza Italia.

È un documento di 29 articoli raccolti in 36 pagine il «Patto» che dopo faticosi confronti col Governo, in primis il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, potrebbe arrivare domani allo show down quasi finale. Non che le resistenze non manchino, come ha fatto capire ieri il governatore veneto Luca Zaia («se è così non lo firmo»), aprendo le porte a sorpresa a una mancata intesa anche solo per un voto contrario. Un pre allarme che in queste ore si cercherà di sminare, col

rischio, altrimenti, di mandare tutto all'aria o di affidare le future regole del gioco dell'assistenza sanitaria pubblica a misure calate dall'alto, sebbene in grande parte già concordate.

Misure che contengono appendici volute dall'Economia: i 337 miliardi previsti nei tre anni - con la clausola che eventuali risparmi resteranno nel Ssn - potrebbero infatti subire tagli per necessità di finanza pubblica (leggi: manovre aggiuntive) o per «variazioni del quadro macroeconomico». E la pro-

### LE NOVITÀ

Nel prontuario i rimborsi a carico dello Stato saranno calcolati in base ai costi-benefici e alla loro reale efficacia

messa che nelle regioni in rosso i governatori non potranno più essere commissari, con tanto di allontanamento dei manager che non rispetteranno gli impegni o non garantiranno il rispetto dei Lea (livelli essenziali di assistenza), da garantire uguali in tutta Italia e per questa tenere sotto stretta e continua osservazione.

Intanto sui farmaci si conta di procedere a passo di carica, o quasi. Anche se, insieme alla necessità confermata nel testo del provvedimento di tenere blindata la spesa del Ssn, il «Patto» afferma la necessità di coniugare «l'importanza del mondo imprenditoriale del settore» e il suo ruolo «fondamentale per le strategie del Paese». Carezze che, evidentemente, potranno trovare soluzioni su altri tavoli. Come quelle sul valore dell'innovazione e dell'accesso da parte dei pazienti. In quell'ottica della «sostenibilità» del sistema sanitario che è la parola d'ordine dell'accordo, ha ripetuto più volte il ministro Beatrice Lorenzin.

Intanto anche per i ticket si cambierà, puntando su condizione reddituale e composizione delle famiglie. La revisione sarà decisa entro fine novembre, ma in ogni caso il gettito dei ticket non potrà crescere. Della «condizione economica delle famiglie» (uso dell'Isee), se ne parlerà solo più avanti. Mentre da subito le asl dovranno attivarsi sui controlli per la sicurezza alimentare: ancora una volta con la raccomandazione di difendere un settore definito decisivo per il Pil come l'agro-alimentare. Da sostenere, ma proprio per questo da garantire al top della qualità.

### IL GETTITO

**337,3 miliardi**

#### Il finanziamento totale

È la cifra prevista dal «Patto» per il Ssn per l'intero triennio 2014-2016 dell'accordo; le somme potranno calare se si renderanno necessarie manovre di finanza pubblica o in seguito al peggioramento del quadro macroeconomico

**440 milioni**

#### La quota delle regioni

È la somma che, dal 2014 al 2016, si prevede di assegnare col «Patto» alle regioni per ciascun anno di vigenza dell'accordo per gli «obiettivi di piano». In totale si tratta di 1,32 miliardi nel triennio

# Cartella clinica online. Per l'83% dei pazienti cronici potervi accedere è un diritto. Ma il 53% non sa come fare



*Per la maggioranza di loro, inoltre, i vantaggi di poter accedere online alla propria cartella superano i potenziali rischi di invasione della privacy. Questo l'esito di un'indagine condotta da Accenture in Italia su 1.012 individui, di cui 506 sani e 506 affetti da differenti patologie croniche.*

02 LUG - La maggioranza (83%) delle persone affette da malattie croniche in Italia ritiene che i pazienti dovrebbero avere il diritto di accedere a tutte le loro informazioni sanitarie, e quasi due terzi (65%) ritiene che avere accesso alle cartelle cliniche on-line, supera i potenziali rischi per la privacy. E' quanto emerge da una nuova ricerca di *Accenture* condotta in 10 paesi, tra cui l'Italia. In Italia, *Accenture* ha intervistato 1.012 individui, di cui 506 sani e 506 affetti da differenti patologie croniche (nello specifico: asma, artrite, cancro, Bronco pneumopatia cronica ostruttiva - BPCO, depressione, diabete, malattie cardiache, ipertensione, obesità clinicamente diagnosticata, osteoporosi e ictus) ed è emerso che i pazienti sono meno preoccupati per la privacy della loro cartella clinica elettronica (45%) rispetto a quella relativa ad altre informazioni personali che hanno salvato elettronicamente: come l'online banking (62%), l'utilizzo della carta di credito per acquisti nei punti vendita (54%) e lo shopping online (51%). Nonostante gli intervistati desiderino avere accesso alla propria cartella clinica on-line, circa la metà (53%) delle persone con patologie croniche ha affermato che il maggiore ostacolo per accedere ai loro documenti è di non sapere come poterlo fare.

Oltre a voler accedere ai dati medici, la stragrande maggioranza (90%) dei consumatori vuole avere il controllo anche i propri dati sanitari (riguardanti il completo status di salute), ma più della metà (59%) ritiene di non avere attualmente molto controllo su queste informazioni, rispetto a una media complessiva del 43% degli altri paesi oggetto della ricerca. L'indagine ha anche dimostrato che, a seconda del tipo di malattia, ci sono differenze nella capacità di una persona di poter esercitare un certo livello di controllo sui propri dati sanitari. Ad esempio, il 78% dei malati di cancro ha riferito di avere un livello di controllo maggiore, rispetto al 53% delle persone con malattie polmonari progressive (BPCO).

In Italia, l'aumento dei pazienti cronici rimane un aspetto di crescente preoccupazione. I risultati della ricerca hanno mostrato tuttavia che questi individui sono attivamente coinvolti nella maggior parte delle fasi di cura: compresa la diagnosi medica (88%), la gestione del trattamento (88%) e il mantenimento quotidiano della propria salute (75%).

"L'assistenza sanitaria dovrà adattarsi ad una nuova generazione di individui che sta assumendo un ruolo sempre più attivo nella gestione della propria salute e si aspetta di avere trasparenza - ha detto **Paolo Cerza**, Responsabile dell'area Health di *Accenture* in Italia -. Se da un lato i consumatori continuano a chiedere maggiore accessibilità ai propri dati personali on-line, ci aspettiamo anche che i pazienti otterranno più potere per gestire alcuni aspetti delle loro cure. Questo renderà la sanità non solo più efficace, ma anche più conveniente, in quanto i consumatori che faranno di più per sé stessi, permetteranno al sistema di essere più produttivo".

*(Fonte: quotidianosanità)*



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



**La svolta** L'annuncio: «Troppa esposizione mediatica, ora si deve operare tutti in silenzio»

# Ospedale, si insedia il manager

Muto da ieri al lavoro. Concluso l'iter avviato dopo l'arresto di Bottino per lo scandalo sanità



**Claudio Coluzzi**

A distanza di circa un mese dalla sua nomina da parte della giunta regionale Luigi Muto si è insediato al vertice dell'Azienda ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta. Lo ha fatto ieri mattina. Il giorno prima lo scambio di consegne con il commissario regionale Paolo Sarnelli che aveva diretto l'azienda sanitaria fino alla conclusione del concorso con cui è stato selezionato Muto.

Sanità tra gestione e inchieste

# Ospedale, si è insediato il manager Muto

Concluso ieri il lungo iter avviato dopo l'arresto di Bottino per vicende legate all'Asl

**Claudio Coluzzi**

A distanza di circa un mese dalla sua nomina da parte della giunta regionale Luigi Muto si è insediato al vertice dell'Azienda ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta.

Lo ha fatto ieri mattina. Il giorno precedente c'era stato lo scambio di consegne con il commissario regionale Paolo Sarnelli che aveva diretto l'azienda sanitaria fino alla conclusione del concorso con cui è stato selezionato Muto.

Luigi Muto, 55 anni napoletano, è quindi anche dal punto di vista operativo il nuovo direttore generale dell'azienda ospedaliera di Caserta. La scelta di Muto conclude un iter che va avanti da mesi circa l'individuazione del nuovo manager dell'Ospedale di Caserta, dopo l'arresto, per vicende legate all'Asl di Caserta, del precedente direttore generale Franco Bottino. A Bottino era succeduto nella carica il suo direttore amministrativo, Domenico Ovaio, e successivamente Caldoro aveva nominato commissario Paolo Sarnelli, responsabile del servizio veterinario della Regione Campania. «Parlare di meno, impegnarsi tutti di più. È mia intenzione rilanciare quest'azienda, che negli ultimi tempi è risultata sovraesposta mediaticamente». Una dichiarazione lapidaria quella di Muto a cui ha aggiunto: «Accetto di buon grado un in bocca al lupo per il lavoro che c'è da svolgere soprattutto nell'interesse dei pazienti. Ora mi occorre il tempo materiale per stabilire una scala di priorità e poi comunicherò le linee guida entro le quali intendo muo-

**L'impegno**  
«Troppa esposizione mediatica, ora si deve lavorare tutti più in silenzio»

vermi».

**Muto**  
Il manager

È stato nominato un mese fa al termine di una procedura bandita dalla Regione

**Sarnelli**  
Il commissario

Ha retto le sorti dell'azienda ospedaliera dopo l'ex direttore amministrativo Ovaio

**Bottino**  
L'ultimo direttore

Fu arrestato per accuse relative al suo precedente ruolo di manager Asl

Luigi Muto, appartenente ad una nota famiglia di medici e imprenditori privati della sanità napoletana, conosce bene la realtà casertana per essere già stato in passato direttore dell'azienda ospedaliera della Seconda università di Napoli. Il suo nuovo incarico a Caserta non sarà certo una passeggiata. Da un lato c'è da guidare e amministrare il più importante ospedale della provincia di Caserta, punto di riferimento, anche nella realtà regionale e oltre, per alcune branche specialistiche di alta qualità e specializzazione come la cardiologia, la neurochirurgia, la senologia, giusto per fare degli esempi. Senza contare quella vera e propria prima linea della assistenza sanitaria che è ormai divenuto il pronto soccorso di Caserta. Dall'altro lato però le esigenze di assistenza della struttura ospedaliera sono da mesi ormai intrecciate con inchieste delicate. Sull'ospedale di Caserta ha infatti indagato una commissione di accesso per la verifica di infiltrazioni camorristiche nominata dal ministero dell'Interno e che ora ha terminato il proprio lavoro. L'esito dell'accesso non è ancora però noto, ossia si attende di sapere se le verifiche sono state negative o se, essendo state positive, verranno nominati dei commissari e quindi decadrà il manager appena scelto e suoi più stretti collaboratori.

Oltre alla commissione d'accesso sull'Ospedale di Caserta ha indagato e continua ad indagare la Dda di Napoli per sospette infiltrazioni camorristiche negli appalti. Anche su questo fronte si attendono sviluppi ormai da mesi. Infine su molti procedimenti amministrativi di assunzioni o promozioni del personale presso l'Azienda ospedaliera si è già abbattuta la scure della Corte dei Conti con contestazioni e avvio di procedure volte ad accertare l'eventuale danno erariale.

”

**Il contesto**  
È difficile anche per le inchieste della Dda e per l'attesa relativa alla commissione d'accesso

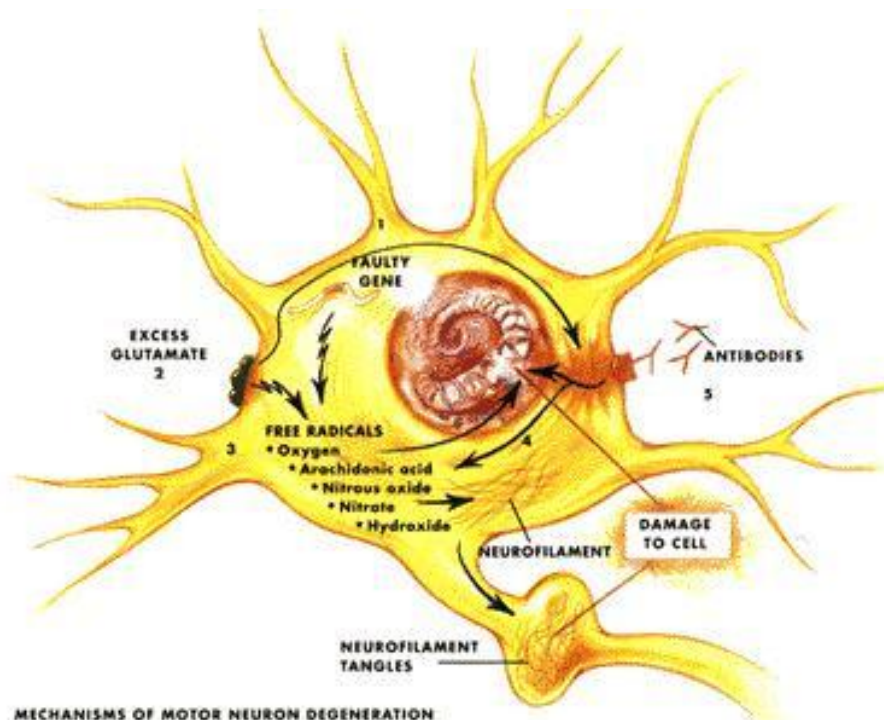
## Sanità, tagli all'ospedale San Gennaro: il quartiere resterà senza Ginecologia

NAPOLI - Chiude il reparto di maternità al San Gennaro. I tagli alla Sanità della Regione colpiscono ancora: *“Vogliamo sapere che fine farà il reparto di Ginecologia del San Gennaro, che i tagli e gli accorpamenti del nuovo piano regionale faranno trasferire al San Giovanni Bosco. Avrà lo stesso destino della Rianimazione, per la quale sono stati spesi due miliardi delle vecchie lire e non è mai stata inaugurata?”*, chiede Vincenzo Rapone, vice presidente della terza Municipalità. Il Rione Sanità resta senza Sanità.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



REALIZZATA DALLA FONDAZIONE MELANOMA

## Arriva una App per «salvarsi la pelle»

### Valuta intensità Uv e tempi esposizione

**L**a prima applicazione che permette di conoscere l'intensità dei raggi del sole e di "salvarsi la pelle". È realizzata dalla Fondazione Melanoma e rivela quanto tempo è consentito esporsi alle radiazioni Uv senza danni, non solo nel corso della giornata ma per sette giorni consecutivi.

Consiglia anche quale tipo di protezione utilizzare: cappellino, occhiali, maglietta o crema solare. Si chiama "Salvati la pelle" ed è scaricabile gratuitamente dall'Apple Store su Iphone e Ipad (è prevista nei prossimi mesi la versione per sistemi operativi Android). L'esposizione eccessiva ai raggi Uv raddoppia il rischio di sviluppare il melanoma, che aumenta ulteriormente nelle persone con pelle chiara. L'app è molto facile da usare, anche da parte di bambini e anziani.

La prevenzione è l'arma più importante per sconfi-ggere questo tipo di tumore della pelle particolarmente aggressivo, che ogni anno fa registrare 10.500 nuove diagnosi nel nostro Paese. Il 20% dei casi è riscontrato in pazienti di età compresa tra 15 e 39 anni.

Le Regioni settentrionali fanno registrare la maggiore incidenza della malattia, seguite da quelle del Centro e del Sud. In primavera, le occasioni per stare all'aria aperta aumentano, ma il sole va sempre evitato nelle ore centrali della giornata, fra le 12 e le 16. Quando i raggi sono troppo intensi, la app consiglia di non esporsi in alcun modo.

Strumenti come smartphone e tablet possono diventare il veicolo per trasmettere alle persone le regole fondamentali per prendere il sole senza rischi. L'applicazione, grazie al dispositivo di localizzazione Gps presente nel cellulare o nel tablet, è in grado di individuare la posizione dell'utente e di confrontare queste coordinate con i dati provenienti dai satelliti dell'Agenzia spaziale europea. In questo modo, rileva l'intensità dei raggi Uv nel luogo esatto in cui si trova l'utente e fornisce

informazioni sullo spessore dello strato dell'ozono. Un contagiri colorato mostra l'intensità dei raggi e il tempo di esposizione consentito, calcolato come dato medio in base ai diversi fototipi.

In futuro è prevista una versione ancora più personalizzata, perché sarà possibile conoscere il tempo di esposizione in base allo specifico fototipo della persona, determinato con una foto della pelle. Contiene inoltre schede di approfondimento sui diversi fototipi in base alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della Sanità e sui possibili danni e benefici dei raggi ultravioletti.

Da quando è nata, nel 2010, la Fondazione Melanoma ha promosso campagne di informazione per aumentare il livello di consapevolezza fra i cittadini, che si sono sottoposti in gran numero agli esami di screening.

Se individuato in fase iniziale, il melanoma è guaribile in più del 90% dei casi con la semplice asportazione chirurgica di un neo. Di fronte a una lesione della pelle sospetta, ci si deve rivolgere subito a strutture competenti.

Le creme solari non garantiscono una protezione totale, inoltre esiste un tempo di esposizione massimo oltre il quale bisogna stare all'ombra. Le regole della prevenzione devono essere seguite da tutti, indipendentemente dall'età.

Il costante incremento dei casi, negli ultimi 40 anni, è sicuramente causato dalla maggiore quantità di raggi Uv che filtra attraverso l'atmosfera. Altro fattore di rischio è rappresentato dal numero di ustioni solari e dalla quantità totale di esposizione agli Uv nel corso della vita.

Inoltre, un recente studio pubblicato su Nature ha dimostrato il ruolo indiretto delle scottature anche nella formazione delle metastasi, perché diffondono il processo infiammatorio nei tessuti circostanti. Il melanoma presenta una particolare tendenza a mutare e a sviluppare meccanismi di resistenza ai farmaci. È essenziale scoprire le lesioni in fase iniziale ed eliminarle, perché, quando la malattia progredisce in stadio avanzato, diventa molto difficile da trattare.

**Paolo Ascierto**  
*presidente Fondazione Melanoma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Contro l'ictus impiantato un sensore per l'elettrocardiogramma continuo

# Sottopelle un chip salvavita

## TECNOLOGIA

**S**ottopelle è meglio. È lungo 44mm, largo 7 e pesa 2,5 grammi. Sembra una clips. Eppure si tratta di un registratore miniaturizzato in grado di rilevare l'elettrocardiogramma in continuo per la durata di tre anni. È nel petto di un quindicenne, appena impiantato all'ospedale Regina Margherita di Torino. Il ragazzo è stato operato nel passato per una valvulopatia mitralica, perché colpito da disturbi atrioventricolari. Posizionato sotto la cute il registratore ha un trasmettitore wireless che, tramite il cellulare, comunica all'ambulatorio dell'ospedale i dati dell'attività cardiaca.

## LO STUDIO

Un sensore che registra eventuali aritmie silenziose e le segnala in tempo reale sia al paziente con una spia rossa sia al medico inviando un elettrocardiogramma è stato sperimentato, per tre anni, da 500 pazienti reduci da un primo ictus. Lo studio, battezzato "Cristal af" è stato pubblicato sul New England journal of medicine. In Italia, sono due gruppi di medici-ricercatori ad aver lavorato sul piccolo sensore da mettere sottopelle: un team internazionale capitanato da Tommaso Sanna del policlinico Gemelli insieme a Vincenzo di Lazzaro del Campus Biomedico della Capitale.

## L'AIUTO

La sentinella sotto la cute aiuta a controllare i parametri vitali come il battito cardiaco, l'insulina, il dolore. Aiutando, così, a gestire in modo corretto l'uso dei farmaci regolati sui bisogni dei malati. Il microdispositivo

si impianta in anestesia locale, registra in continuo l'attività cardiaca e può essere "interrogato" dal paziente con un telecomando.

«Le aritmie asintomatiche e invisibili agli apparecchi oggi in uso - spiega Sanna - possono causare, senza alcun campanello d'allarme, un ictus che è quindi difficilmente prevenibile. Applicando il dispositivo a 500 pazienti reduci da ictus senza causa abbiamo osservato che il 30% di loro nell'arco di tre anni presenta almeno un'aritmia asintomatica alla base dell'ictus».

Il mini-sensore potrebbe essere applicato a pazienti selezionati, reduci da un ictus senza causa apparente e prevenire così altri eventi ischemici.

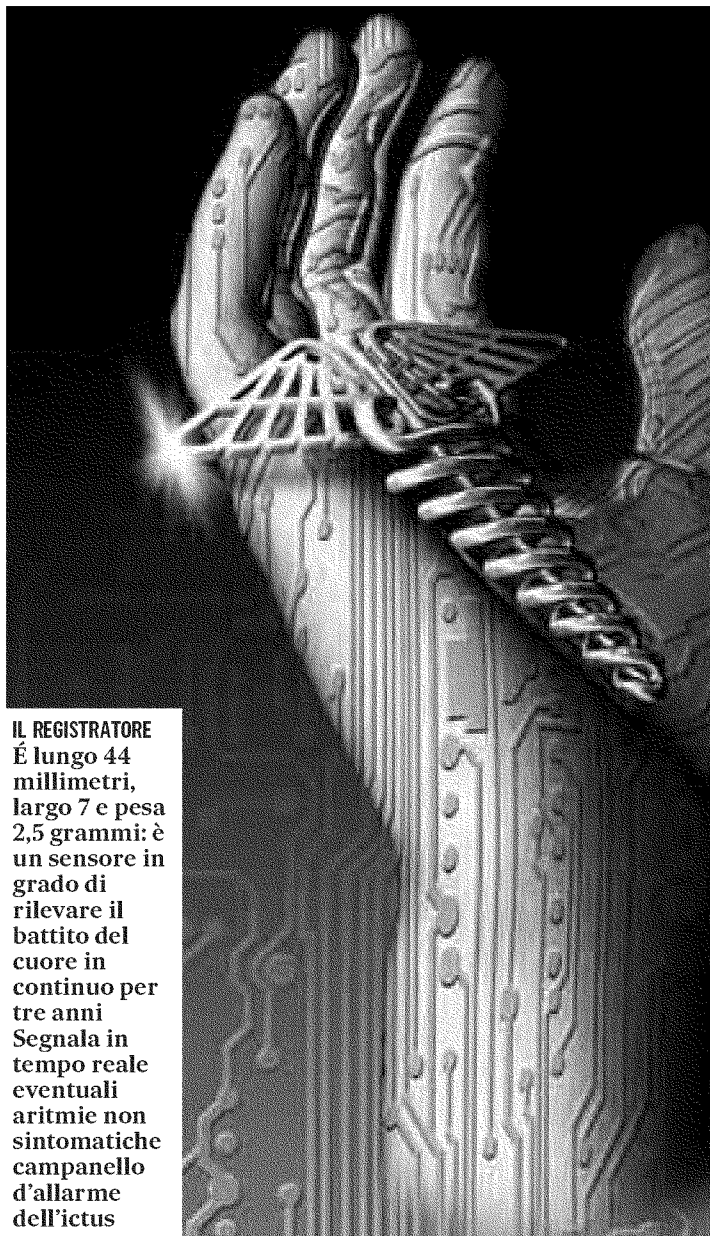
## LE APPLICAZIONI

Un altro microdispositivo potrebbe definitivamente porre fine al russamento cronico. Questo il risultato della sperimentazione condotta da un gruppo di ricercatori dell'Ohio State University che ha testato un piccolo impianto sottocutaneo (Remede) su pazienti con insufficienza cardiaca. Un piccolo passo per evitare la maschera da indossare prima di andare a letto.

E ancora: un piccolo sensore glicemico inserito sottocute a livello dello stomaco rileva i livelli glicemici a intervalli di pochi secondi e, con un trasmettitore wireless, invia le informazioni al monitor. Che la persona con il diabete può applicare alla cintura o tenere in tasca.

**Ester Maria Lorido**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**IL REGISTRATORE**  
È lungo 44 millimetri, largo 7 e pesa 2,5 grammi: è un sensore in grado di rilevare il battito del cuore in continuo per tre anni. Segnala in tempo reale eventuali aritmie non sintomatiche campanello d'allarme dell'ictus

## 200 mila

i casi annui di ictus in Italia. Le principali cause di insorgenza dall'ictus sono l'ipertensione arteriosa, le cardiopatie, il diabete mellito, l'ipercolesterolemia, il fumo e la stenosi delle carotidi, le arterie che portano il sangue al cervello

## 24 ore

il sistema di monitoraggio sottocute della glicemia funziona a ritmo continuo. Lo strumento aiuta il paziente a comprendere come cibi, sport e farmaci influiscono sui livelli glicemici permettendo di gestire al meglio la malattia

## 1,6 mln

il numero degli italiani che sono colpiti da apnee notturne, principalmente maschi. Il dispositivo sperimentato stimola il diaframma inducendolo a contrarsi e regolarizzando così la respirazione per tutta la notte

## “Tumore al pancreas, nel futuro c'è un vaccino”

Una ricerca italiana che si basa sui concetti rivoluzionari dell'immunoterapia

### ONCOLOGIA

DANIELE BANFI

L'idea è semplice quanto rivoluzionaria: riuscire a scatenare le difese immunitarie per combattere ed eliminare le cellule del cancro. E' il concetto dell'immunoterapia, un filone di ricerca che - come è stato evidenziato all'Asco, il congresso dell'American Society of Clinical Oncology svoltosi a Chicago - è entrato di diritto tra le nuove strategie per combattere i tumori. «Un approccio che potrebbe portare ad una rivoluzione anche nel trattamento dell'adenocarcinoma del pancreas, una delle neoplasie più difficilmente curabili»: a spiegarlo è Francesco Novelli

li dell'Università di Torino, da anni impegnato con il suo gruppo nella ricerca di possibili molecole attive contro questa forma di tumore. A lui, in collaborazione con il Centro Ricerche in Medicina Sperimentale dell'Ospedale Molinette della Città della Salute e della Scienza di Torino (Cerms), va il merito di aver scoperto un vaccino terapeutico in grado, al momento in un modello animale, di combattere con eccellenti risultati il tumore del pancreas. Una scoperta, grazie al contributo dell'Airc, pubblicata sulle pagine della rivista «Gastroenterology».

«L'adenocarcinoma pancreatico - spiega - è una delle

neoplasie più aggressive tra i tumori solidi. Purtroppo fare diagnosi precoce è difficile e spesso si arriva a scoprire la malattia quando è già in fase terminale». Ecco perché identificare i biomarker in grado di segnalare la presenza del tumore è di fondamentale importanza per il decorso della patologia. Nel corso degli anni il team torinese è riuscito ad identificare,

### Francesco Novelli Immunologo

**RUOLO:** È PROFESSORE NEL DIPARTIMENTO BIOTECNOLOGIE MOLECOLARI E SCIENZE DELLA SALUTE DELL'UNIVERSITÀ DI TORINO

nel siero dei pazienti, un aumento nella produzione di anticorpi diretti contro l'enzima alfa-enolasi. Un segnale che il nostro sistema di difesa è attivo nel combattere la malattia e la scoperta ha indotto Novelli a pensare di sfruttare questo

processo per fini terapeutici. «Per farlo - prosegue Novelli - abbiamo creato un vaccino terapeutico, sotto forma di Dna, capace di stimolare il sistema immunitario. L'abbiamo testato su animali da laboratorio modificati geneticamente per lo sviluppo spontaneo del tumore del pancreas e i risultati sono stati sorprendenti: nei topi a cui è stato somministrato il vaccino si è registrato un aumento dell'aspettativa di vita media di oltre il 30%. La vaccinazione, in particolare, ha indotto diversi meccanismi cellulari che determinano il rallentamento della progressione della neoplasia. Due su tutti: il primo è la produzione di anticorpi anti-enolasi capaci di legarsi a questa proteina sulla superficie delle cellule tumorali. In presenza di una sostanza nel siero questi anticorpi vengono «ar-

mati» per uccidere le cellule tumorali. Il secondo è l'attivazione di alcune particolari cellule del sistema immunitario, capaci di infiltrarsi nel tessuto tumorale e riconoscere il tumore stesso, scatenando una risposta infiammatoria e citotossica che contribuisce all'eliminazione della neoplasia.

«Ora la sfida sarà trasferire i risultati di laboratorio nell'uomo: verosimilmente, in un paio di anni, si avvierà un protocollo sperimentale in pazienti affetti da adenocarcinoma

### I TEST

«Dopo quelli sui topolini entro un paio d'anni si passerà all'uomo»

pancreatico. Se i risultati verranno confermati, avremo a disposizione un'arma in più per quello che è tra i tumori più temibili. Una strategia che potrà essere combinata a chirurgia, chemio e radioterapia», conclude Novelli. Perché nella lotta al cancro un approccio non esclude l'altro.

@danielebanfi83

### L'Airc

In 12 mesi

94 milioni

La ricerca di Novelli fa parte di una selezione di studi particolarmente significativi, presentati nel bilancio sociale 2013 di Airc e Firc, e che rappresentano al massimo grado tutti quelli finanziati dall'Associazione. In 12 mesi sono stati destinati oltre 94 milioni a centinaia di progetti di ricerca grazie all'impegno di 4 milioni e mezzo di sostenitori e di 20 mila volontari: è un risultato - spiega l'Airc - «che consente a 5 mila scienziati di lavorare alla cura del cancro».

# Quando l'ipertensione resiste l'arma è la neurostimolazione

E si studiano nuove combinazioni di farmaci calibrate su ogni paziente

VALENTINA ARCOVIO

**P**revenzione e controllo. Ecco le armi principali che in 30 anni sono state utilizzate nella lotta all'ipertensione. Due strategie di difesa, affinate nel tempo, ma che non possono sconfiggere quello che l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce come il «killer silenzioso e invisibile». L'ipertensione, infatti, rappresenta la prima causa di morte nel mondo.

Ciò non significa, tuttavia, che la ricerca si sia bloccata in trincea. «Tutt'altro», precisa Guido Grassi, ordinario di medicina interna del Dipartimento di scienze della Salute dell'Università di Milano-Bicocca e direttore della Clinica medica dell'Ospedale San Gerardo dei Tintori di Monza, di recente entrato nella top ten dell'«Expert-  
scape Ranks World's Top Doctors and Hospitals in Hypertension», la classifica che raccoglie i maggiori esperti mondiali del settore.

«Oggi - sottolinea - la ricerca è attiva su tre fronti: lo studio delle cause, con la speranza di individuare un bersaglio da colpire, insieme con lo sviluppo di metodi diagnostici più tempestivi, da una parte, e la sperimentazione di procedure interventistiche possibilmente risolutive dall'altra parte».

Per capire l'importanza della ricerca sull'ipertensio-



ne basta dare un'occhiata al numero delle vittime: secondo l'Oms, questa condizione è responsabile del 14% dei decessi e di quasi il 7% delle disabilità nel mondo. In Italia colpisce il 33% degli uomini e il 31% delle donne, mentre il 19% degli uomini e il 14% delle donne sono a rischio. Si parla di ipertensione arteriosa quando i valori di pressione sistolica e/o diastolica (misurati con il classico sfigmomanometro) superano i 140 mmHg (per la massima) o i 90 mmHg (per la minima). Si parla invece di «condizione di rischio» quando il valore della pressione sistolica è tra 140 e

160 e quello della diastolica tra 90 e 95.

«Il problema, come si intuisce dalle stime, riguarda una sempre più ampia fascia di popolazione», sottolinea Gras-

**Guido Grassi**  
Medico interno

**RUOLO:** È PROFESSORE DI MEDICINA INTERNA NEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE DELL'UNIVERSITÀ DI MILANO-BICOCCA

si. Ecco perché la ricerca non ha mai mollato la presa. «Sono in corso molti studi sulle cause dell'ipertensione, visto che ancora non siamo riusciti a trovare un responsabile preciso. Sappiamo solo che nei soggetti predisposti concorrono più fattori (nervosi, genetici, ambientale, dietetici, perfino umorali), mentre non sappiamo quale sia il fattore scatenante nei soggetti non predi-



sposti - aggiunge -. Contemporaneamente si punta a sviluppare nuove metodiche che permettano di arrivare precocemente a una diagnosi. Non si tratta solo di realizzare nuovi strumenti, ma di ideare strategie che stimolino le persone a tenere sotto controllo la propria pressione (si stima che il 35% della popolazione non conosca i propri valori) e poi di aderire alle terapie».

Ancora più complesso il fronte della ricerca di trattamenti risolutivi, specialmente nei casi di ipertensione «resistente», quella che riguarda l'1-2% degli ipertesi, per i quali i farmaci non funzionano come dovrebbero. Deludenti, per esempio, sono stati i risultati di uno studio sulla «denervazione simpatica renale». «E' una procedura che prevede l'inserimento

## tuttoSCIENZE & salute

di una sonda nelle arterie renali per “spegnere” gli interruttori nervosi che facilitano l’ipertensione, abbassando quindi i valori - spiega Grassi -. Se fino a due mesi fa pensavamo che si trattasse di una procedura promettente, con l’arrivo dagli Usa degli ultimi dati di un ampio trial le speranze si sono affievolite, dato che la procedura non sembra essere efficace nel ridurre i

valori pressori». Lo studio, tuttavia, presenta alcuni problemi metodologici e occorrerà quindi attendere i dati di altre ricerche.

Rimane accesa, invece, la speranza verso un altro tipo di intervento, la «neurostimolazione dei barocettori carotidei». L’intervento consiste nell’applicare un elettrostimolatore computerizzato che, stimolando particolari recettori alla base del collo, normalizza la pressione. «E tuttavia è ancora una procedura complessa e costosa, oltre che invasiva», sottolinea Grassi.

Sul fronte della scoperta di nuove molecole, intanto, si è allo stallo. Ciò su cui si lavora riguarda l’individuazione della migliore combinazione di farmaci per ogni paziente, preve-

### IL MISTERO DELLE CAUSE

**La malattia coinvolge molti fattori, sia genetici sia ambientali**

nendo o ritardando lo sviluppo del «danno d’organo», una grave complicanza dell’ipertensione non trattata. «Capire precocemente quali sono gli organi più colpiti dall’ipertensione (cervello, reni ed arterie) può essere importante nella scelta della terapia - conclude Grassi -. Con un buon mix di farmaci è possibile intervenire prima che un organo venga compromesso».

# Obesità. "E' epidemia". Rischi e costi al centro del Congresso Sio aperto al Milano

*Quasi un terzo della popolazione mondiale è sovrappeso od obesa. Un problema che non risparmia i bambini, tanto che già oggi si stima che la loro aspettativa di vita sarà inferiore a quella dei loro genitori. A rischio anche la sostenibilità dei sistemi sociali e sanitari. L'allarme dal VII Congresso della Società italiana dell'obesità in corso a Milano.*

02 LUG - Diabete, ipertensione, dislipidemia, malattie cardio e cerebrovascolari, tumori, disabilità. Sono queste le principali malattie che rischiano di sviluppare le persone obese. Eppure il fenomeno dell'aumento di peso nella popolazione non si ferma e ha raggiunto ormai da tempo livello allarmanti. "L'obesità è ormai una vera e propria epidemia da considerare uno dei maggiori problemi di salute pubblica nel mondo. Tra l'altro, è tragico che la maggior parte delle persone ignori che oggi l'obesità nelle persone adulte è molto più comune nel mondo rispetto alla malnutrizione", afferma **Enzo Nisoli**, presidente SIO-Società Italiana dell'Obesità, che con questo allarme ha inaugurato oggi il Congresso Nazionale SIO in programma a Milano fino al 5 luglio.

World Obesity, la federazione mondiale delle organizzazioni che si occupano a livello clinico e politico di affrontare il fenomeno, stima in circa 475 milioni gli adulti obesi e in 1,5 miliardi le persone sovrappeso. "Nel mondo vivono inoltre – spiega Nisoli -, più di 200 milioni di bambini troppo grassi, il che rende la generazione dei nostri figli la prima nella storia recente dell'Umanità ad avere un'aspettativa di vita inferiore a quella dei propri genitori".

L'obesità, sottolineano gli esperti della Sio, non rappresenta solo una questione di salute pubblica, ma soprattutto di spesa per i sistemi sanitari. "Spesa che diverrà insostenibile se non vengono adottate politiche di prevenzione adeguate, non disgiunte da programmi di gestione in grado di contenere il fardello delle malattie concomitanti (diabete, ipertensione, dislipidemia, malattie cardio- e cerebrovascolari, tumori, disabilità). Secondo la Carta europea sull'azione di contrasto all'obesità, quest'ultima e il sovrappeso negli adulti sono responsabili della spesa sanitaria in Europa, per una quota che arriva fino all'8%; per di più, comportano costi indiretti, che sono almeno il doppio di quelli diretti. In Europa la prevalenza dell'obesità è triplicata negli ultimi venti anni", spiega **Paolo Sbraccia**, presidente eletto SIO, che entrerà in carica al termine del congresso, sabato 5 luglio.

Saranno oltre 1.000 gli esperti nazionali e internazionali che si confronteranno nella tre giorni milanese che, a poco meno di un anno dall'apertura di EXPO 2015, dedicata ai temi della nutrizione e dell'alimentazione, e al debutto del semestre di presidenza italiana della UE, vuole lanciare un serio appello ai nostri politici affinché sensibilizzino i partner internazionali a considerare l'obesità una vera e propria malattia, responsabile a livello mondiale, secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHO) di circa il 58% dei casi di diabete mellito, del 21% delle malattie coronariche e di quote comprese tra l'8 ed il 42% di certi tipi di cancro, oltre a influenzare pesantemente lo sviluppo economico e sociale del pianeta.

*(Fonte: quotidianosanità)*

# I vantaggi della mammografia in 3D

## L'evoluzione dell'attuale mammografia digitale in un test su 500mila donne: «vede» meglio il seno, trova più tumori e riduce i falsi positivi. Può diventare l'esame standard



La mammografia in 3D scova un numero maggiore di tumori del seno invasivi e riduce il numero di ulteriori approfondimenti non necessari. Lo sostiene un ampio studio americano pubblicato sulla rivista scientifica [\*Journal of the American Medical Association\* \(Jama\)](#), che ha preso in esame i dati circa mezzo milione di mammografie effettuate in 13 differenti centri statunitensi.

### Mammografia 3D: vede meglio il seno

La mammografia tridimensionale, nota anche come tomosintesi digitale del seno, è l'evoluzione dell'attuale mammografia digitale. Il mammografo digitale 2D, grazie a un sistema di pendolazione del tubo tradizionale che emette le radiazioni, consente di acquisire mammografie in 3D. In pratica, a differenza di una normale mammografia, dove la macchina è fissa, nella tomosintesi si muove intorno al seno, creando con i raggi X un'immagine tridimensionale dei tessuti mammari sovrapposti. Negli Stati Uniti nel 2011 la tomosintesi è stata approvata, in combinazione con la mammografia digitale standard, come strumento da utilizzare all'interno dei programmi di screening. La tecnica è nota da almeno cinque anni e i macchinari sono già in produzione da varie ditte. «Anche in Italia è già utilizzato in molti ospedali, per esempio nel nostro Istituto già ne abbiamo uno e stiamo per acquistarne un secondo - spiega Pietro Panizza, direttore della Radiologia 1 dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e past-president della sezione di senologia della SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica) -. Da qualche anno ormai sono comparsi in letteratura risultati interessanti di varie ricerche e ci sono anche diversi gruppi italiani che lo hanno studiato».

### Tra pro e contro si va verso il cambiamento

Dai rilevamenti dello studio emerge che con la tomosintesi sono stati diagnosticati il 41 per cento in più di tumori al seno invasivi, inoltre è diminuito del 15 per cento dei richiami (e conseguenti ulteriori indagini) dovuti a falsi positivi e, in generale, è stato scovato il 29 per cento in più di carcinomi mammari. «Questa analisi conferma che la mammografia in 3D scova, rispetto a quella tradizionale, un numero maggiore di tumori potenzialmente letali e lo fa in una fase precoce, inoltre risparmia a tante donne l'ansia e "il costo" di ricevere esami aggiuntivi inutili per quelli che poi si verificano essere dei falsi positivi» dice Emily F. Conant, capo della Senologia al dipartimento di Radiologia della Perelman School of Medicine della University of Pennsylvania e autrice principale della ricerca. I vantaggi appaiono chiari: per le pazienti cambia poco, l'esame dura soltanto pochi secondi in più, ma i medici ottengono informazioni più dettagliate, perché si vedono meglio le varie «strutture e livelli» dei tessuti mammari. «In effetti il pro del 3D è che ha dimostrato una maggiore sensibilità (capacità di identificare il cancro) e specificità (capacità di riconoscere come tali le immagini falsamente dubbie) rispetto alla mammografia digitale, perlomeno nello screening - commenta Panizza -. Il contro è che la dose di radiazioni è per ora un poco superiore a quella della sola mammografia digitale. È però prevedibile che la tecnica 3D sostituirà l'attuale a breve. In particolare sarà utile nella mammografia di screening, visto che riduce il numero di richiami per accertamenti e aumenta la capacità di scovare la malattia».

**(Fonte CorrieredellaSera)**

# Riparare le vertebre con palloncini e cemento

**Una ricerca conferma l'efficacia della cifoplastica contro le fratture ossee causate da metastasi, tumori del sangue e osteoporosi. Tecnica veloce e mininvasiva**



**MILANO** - Quando un malato è colpito da metastasi ossee la sua qualità di vita può essere gravemente compromessa. Le normali attività quotidiane possono diventare difficili a causa del dolore, il sonno si fa disturbato, così come l'appetito, e cresce il bisogno di farmaci antalgici. Uno studio pubblicato sull'ultimo numero di [\*Lancet oncology\*](#) richiama l'attenzione su una tecnica veloce e mininvasiva in grado di riparare le e di alleviare il dolore dei malati, migliorandone la mobilità e riducendo la necessità di analgesici. «La cifoplastica - spiega Primo Daolio, dell'Unità di chirurgia oncologica ortopedica al Gaetano Pini di Milano - è una metodica relativamente nuova, in uso da una decina d'anni, che si è rivelata efficace contro le fratture causate da metastasi, mieloma e linfomi, ma anche dall'osteoporosi». Consiste, in pratica, nell'introduzione nel corpo vertebrale di una sonda collegata a un palloncino. Dopo aver verificato la corretta posizione con la Tac, il palloncino viene gonfiato con una apposita apparecchiatura e in questo modo si ripristina parzialmente l'altezza della vertebra schiacciata. Infine attraverso la stessa sonda si inietta del cemento che aumenta la resistenza e mantiene la correzione ottenuta.

**LO STUDIO** - Fra il 2005 e il 2008 un team di ricercatori americani ha confrontato la cifoplastica con le terapie non chirurgiche considerate standard per i malati che hanno una compressione delle vertebre della spina dorsale: farmaci anti-dolore, riposo a letto, busto ortopedico e fisioterapia. «Metodi - dicono gli autori dello studio - che hanno un'efficacia limitata per cui spesso si decide, se possibile, d'intervenire chirurgicamente. Ma ora la cifoplastica si dimostra una valida alternativa da proporre a tutti i pazienti oncologici che hanno una sofferenza spinale». Durante la sperimentazione 134 pazienti oncologici sono stati sottoposti o alla nuova tecnica (70 partecipanti) o a cure non chirurgiche (64). Dopo un mese i malati appartenenti al primo gruppo mostravano dei miglioramenti nella mobilità della schiena e nella qualità di vita, mentre già dopo una settimana dichiaravano di sentire alleviato il proprio dolore. Inoltre, a fronte dei controlli eseguiti un anno dopo, la cifoplastica sembra limitare il rischio di nuove fratture. «Si tratta comunque di una metodica indicata solo in determinati casi - conclude Daolio -: è riservata a chi soffre per fratture recenti e in base a vari criteri valutati dall'équipe che segue il paziente».

**(Fonte CorrieredellaSera)**

# Se volete dimagrire meglio puntare su cibi «croccanti»

**Masticare a lungo fa sentire più «pieni». Il tempo di permanenza del cibo in bocca è uno dei fattori capaci di influenzare la riduzione del senso di fame**

**Le alternative «sazianti»** D'ARCO

Gli stessi cibi possono saziare di più se la loro consistenza è maggiore (perché si mangiano a bocconi più piccoli, si masticano più a lungo e rimangono di più in bocca: tutti fattori che contribuiscono a saziare prima). Ecco qualche trucco per portare in tavola cibi che «riempiono» prima

<b>VERDURE</b> Meglio crude o se cotte lasciate croccanti		<b>CARNE</b> Meglio una fetta di carne che un hamburger		<b>PANE</b> No a pan carrè e panini morbidi, sì al pane con la «crosta»	
<b>RISO</b> Meglio un'insalata di riso con verdure crude di un risotto		<b>FRUTTA</b> Meglio intera o come macedonia, che come purea o succo		<b>BISCOTTI</b> A parità di composizione, meglio con consistenza dura piuttosto che morbida	

Quanto conta la consistenza degli alimenti nel favorire, o al contrario nel limitare, l'accumulo di calorie? Probabilmente più di quanto si pensi. A confermarlo uno studio, recentemente pubblicato su *PLOSone*, condotto su 50 persone sane e normopeso, da ricercatori dell'Università di Wageningen, in Olanda, e del centro di ricerca Nestlé. Ai partecipanti allo studio è stato proposto, a giorni alterni,

un pranzo con gli stessi alimenti (riso e verdure più hamburger) che si differenziavano solo per la loro consistenza. In un caso (cibi «duri») si trattava di insalata di riso con verdure crude e hamburger con pane croccante; nell'altro (cibi morbidi) risotto alle verdure e hamburger con pane soffice.

**A quattro ore dal pranzo a tutti veniva data anche la cena** con cibi da consumare a volontà. Ebbene, l'introito calorico del pranzo con i cibi più solidi è risultato del 13% inferiore rispetto a quello del pranzo con cibi morbidi, mentre il senso di pienezza è risultato uguale. E la riduzione delle calorie osservata con il pasto di cibi più consistenti non è stata compensata a cena: considerando pranzo e cena insieme, con i cibi più «croccanti» i partecipanti alla ricerca hanno introdotto nell'intera giornata il 9 per cento di calorie in meno. Anche se questi risultati devono essere confermati in studi di più lunga durata, i ricercatori suggeriscono che i cibi caratterizzati da una elevata consistenza possano aiutare a ridurre gli apporti energetici per il loro maggiore effetto saziante.

«Questo studio - commenta **Patrizia Riso, ricercatrice** della sezione di Nutrizione umana del Dipartimento di scienze per gli alimenti, la nutrizione e l'ambiente dell'Università di Milano - richiama l'attenzione su una caratteristica dei cibi - la consistenza - finora un po' trascurata. In effetti, prediligere prodotti molto morbidi può portare a rendere meno efficace uno dei meccanismi di controllo dell'appetito. Il tempo di permanenza del cibo nel cavo orale e di masticazione sono infatti fattori capaci di influenzare le sensazioni legate al consumo. Negli ultimi anni, in risposta alle preferenze del consumatore, è aumentata la disponibilità di prodotti ottenuti attraverso processi o modalità di cottura che incidono sulla struttura e consistenza, e che associati spesso alla loro elevata gradevolezza al palato, possono stimolare il sovraconsumo. Per ridurre questo rischio, una delle sfide nella ricerca in campo alimentare è proprio quella di sviluppare prodotti che, anche grazie alla giusta consistenza, abbiano migliori proprietà sazianti».

(Fonte *Corriere della Sera*)