



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



«Sanità, il Giano bifronte»

La spesa frena (+0,7%) ma un terzo è affidata ai privati

Le dieci proposte
per un'assistenza
equa ed efficiente

A PAG. 4

OASI 2015/ Negli ultimi cinque anni +0,7% contro il +6% registrato nel 2003-'08

Spesa, l'avvento del rigore

Più oneri privati, più rinuncia alle cure - E i manager fanno da «scudo»

DI PATRIZIO ARMENI *
CLARA CARBONE *
FRANCESCO LONGO *
FRANCESCO PETRACCA *
ALBERTO RICCI *
E SILVIA SOMMARIVA *

Il Rapporto Oasi 2015 presenta i principali trend evolutivi del Ssn e del settore sanitario italiano. Il presente articolo vuole individuare alcune tra le dinamiche più significative: il contenimento della spesa sanitaria pubblica, la capacità di rispettare la programmazione e le relative determinanti; le leve utilizzate a livello regionale o aziendale per il controllo sui singoli fattori produttivi; gli impatti di tali trend a livello di qualità ed equità del sistema.

La spesa sanitaria pubblica tra il 2009 e il 2014 ha registrato un aumento medio annuo pari ad appena lo 0,7%, consolidando un trend opposto al quinquennio precedente alla crisi economica (2003-2008), quando i livelli di crescita erano attorno al 6% annuo. La sanità, rispetto ad altri ambiti di intervento pubblico, evidenzia un alto tasso di "esternalizzazione" della spesa: circa il 35% del Fondo sanitario nazionale è destinato all'acquisto di prestazioni presso soggetti accreditati o convenzionati. Al contrario, per citare altri due ambiti cruciali per i trend di spesa pubblica, le pensioni rappresentano un immediato trasferimento monetario alle famiglie e la spesa per l'istruzione è quasi intera-

mente costituita da stipendi. Dal punto di vista politico, risulta relativamente più sostenibile incidere sulle quote del Fondo sanitario nazionale trasferite a terze economiche, rispetto a un taglio di ormai consolidati trasferimenti di liquidità alle famiglie o a una riduzione degli stipendi pubblici.

Questo difficile scenario economico-finanziario non ha impedito al Ssn di consolidare il raggiunto equilibrio di bilancio, oramai arrivato al suo terzo esercizio, a riprova di una robusta capacità di rispetto delle assegnazioni e di contenimento di ogni possibile incremento di spesa (figura 1).

Non si registrano più Regioni con gravi disavanzi, anche grazie alla contabilizzazione delle addizionali regionali incassate nell'anno successivo a ripiano del deficit dell'anno precedente. Al contrario, alcune delle Regioni storicamente in disavanzo (Lazio, Campania e Sicilia) si trovano oggi con un leggero surplus annuale, che utilizzano per contribuire a saldare debiti pregressi.

Come spiegare la conquistata capacità di rispettare le assegnazioni di risorse? Il quadro epidemiologico di questi ultimi anni non è certo migliorato, sia per l'invecchiamento della popolazione, sia per le conseguenze sociali della crisi economica. Allo stesso modo, le innovazioni tecnologiche propongono attrezzature, device e farmaci

sempre più avanzati che richiederebbero costanti investimenti.

La mancata crescita della spesa pubblica è stata ottenuta mantenendo e rafforzando progressivamente rigidi budget di spesa per singoli fattori produttivi, che sono stati centralmente pianificati e il cui rigoroso controllo è stato affidato alle singole Regioni, incentivate dall'onere di dover pagare direttamente ogni eventuale deficit sanitario con un aumento automatico delle loro aliquote fiscali. In molti casi, il top management delle aziende sanitarie pubbliche è stato l'esecutore materiale delle politiche di contenimento dei costi. Spesso, negli ultimi anni, alla dirigenza aziendale è stato chiesto di agire contestualmente come esecutore di alcuni processi di razionamento, come "ri-allocatore" di risorse e defintore di priorità di servizio e come gestore del pesante clima di "economia di crisi" in cui si trova il Ssn. Il ruolo della direzione strategica e del management in generale è stato rilevante e decisivo, pur in un clima di apparente scarso riconoscimento istituzionale e di spazi di manovra sempre meno ampi.

Quanto questo blocco del naturale trend di crescita della spesa è dovuto alla razionalizzazione dei processi produttivi e quanto al razionamento dei livelli qualitativi o quantitativi di servizi? Purtroppo non ci sono a disposizione dati così chiari e univoci per

rispondere in maniera evidence-based a questa domanda, che è cruciale per giudicare la salute che riesce a garantire il Ssn e quindi "la salute del Ssn". È probabile che il livello globale di sprechi si sia ridotto: in alcuni contesti aziendali, il livello quali-quantitativo dei servizi è stato intaccato; in altri, permangono sacche di inefficienza nell'utilizzo o nell'allocazione delle risorse. È però fisiologico attendersi che al prolungarsi del periodo di rigido contenimento della spesa gli spazi di razionalizzazione tendano a esaurire i loro effetti positivi. Sul lato dell'appropriatezza, ad esempio, molti indicatori (es. ricoveri evitabili per patologie croniche) risultano già tra i migliori nei confronti internazionali (cfr. figura 2); gli spazi per significativi ulteriori miglioramenti sono esigui.

Dal punto di vista operativo, quali sono i principali meccanismi di contenimento della spesa? Quali effetti possiamo osservare su alcuni parametri che esprimono (direttamente o indirettamente) la qualità e l'equità del sistema?

Molte Regioni, verso fine anno, sospendono o rallentano l'erogazione di alcune prestazioni sanitarie. Nelle strutture pubbliche, il fenomeno è dovuto ai rigidi tetti

sui medical device che aggrava la cronica carenza di personale, soprattutto nelle Regioni in piano di rientro. Sul versante degli erogatori privati accreditati, che rappresentano il 30% circa della capacità di offerta ospedaliera del Ssn e il 53% se consideriamo il numero delle strutture territoriali, emerge il vincolo sempre più stringente dei budget. I tetti all'erogazione delle prestazioni fanno sì che una porzione rilevante della capacità produttiva (anche il 30%) resti inutilizzata.

Tali vincoli alle attività sanitarie rendono molto difficile la riduzione delle liste d'attesa. Queste ultime sono cresciute per ricoveri programmati di pazienti che non si trovano in immediato pericolo di vita (cfr. tabella 1).

La spesa sanitaria privata delle famiglie, stabile al 78% della spesa sanitaria totale, non è cresciuta significativamente

negli ultimi anni, a causa della crisi. La sanità out-of pocket, tuttavia, rappresenta un mercato ormai consolidato. Secondo i dati dell'Osservatorio Ocps riportati nel Rapporto Oasi, in Italia il 40% delle visite specialistiche sono pagate direttamente dai cittadini, così come il 49% delle prestazioni di riabilitazione e il 23% degli accertamenti diagnostici. Questo panorama rappresenta un'incognita riguardo all'equità del sistema sanitario. I consumi sanitari privati, infatti, appaiono principalmente correlati al livello di reddito di un territorio; non compensano la scarsa capacità di risposta ai bisogni di alcuni sistemi sanitari regionali. Tale fenomeno si riflette nei segnali statistici che indicano pericoli o presenza di fenomeni di undertreatment. Una quota non trascurabile di cittadini, infatti, dichiara biso-

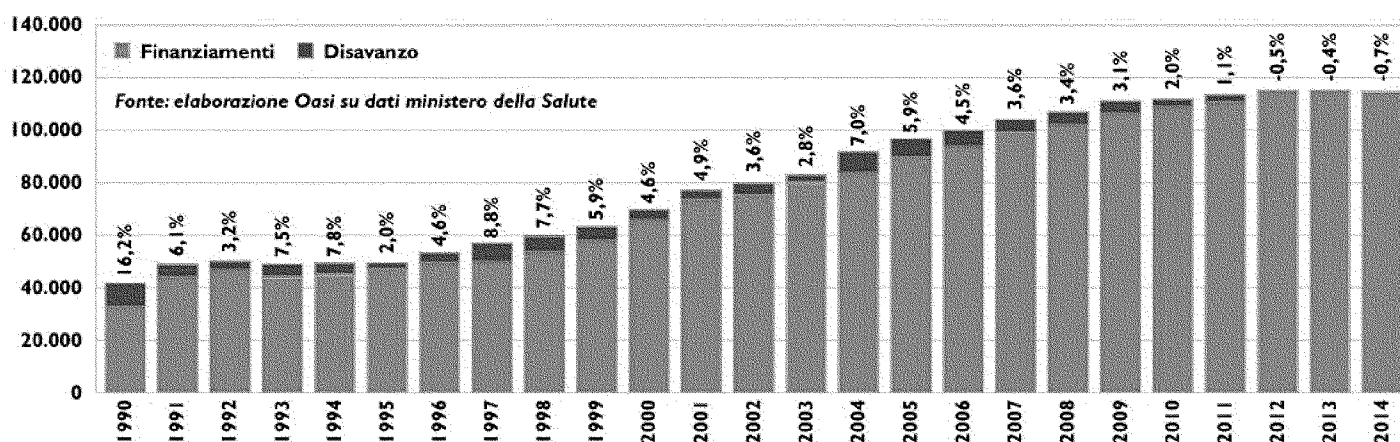
gni sanitari insoddisfatti a causa dei costi delle cure o delle liste di attesa: secondo le rilevazioni Istat, il fenomeno tocca 7,5 intervistati su 100 con riferimento alle visite specialistiche e 4,7 su 100 con riferimento agli accertamenti; al Sud, tali valori salgono, rispettivamente a 10,5 e 6,9 su 100 intervistati; tra le persone che dichiarano difficoltà economiche, a 12,1 e 7,8 su 100 intervistati.

Pur in questo quadro di lento indebolimento dei livelli di protezione complessivi, rimane alta la soddisfazione espressa dai cittadini sulle prestazioni ricevute dal Ssn, prossima, sempre secondo l'Istat, a un punteggio di 8/10, con leggere variazioni in base all'area geografica e al tipo di prestazione richiesta. Al di là della qualità delle cure ricevute da chi riesce ad accedere al sistema, il tema dell'equità viene affrontato solo a livello superficiale

nell'opinione pubblica e in maniera marginale nelle discussioni tecniche, dove prevale il tema della lotta alle inefficienze. Ciò conferma, tra l'altro, che le attuali policy stanno godendo di una narrativa politica favorevole ed efficace.

* Cergas Bocconi

Figura 1 - Spesa sanitaria, finanziamento e disavanzo (1990-2014)



Confronto internazionale: rinuncia alle cure riportata dai pazienti (%)

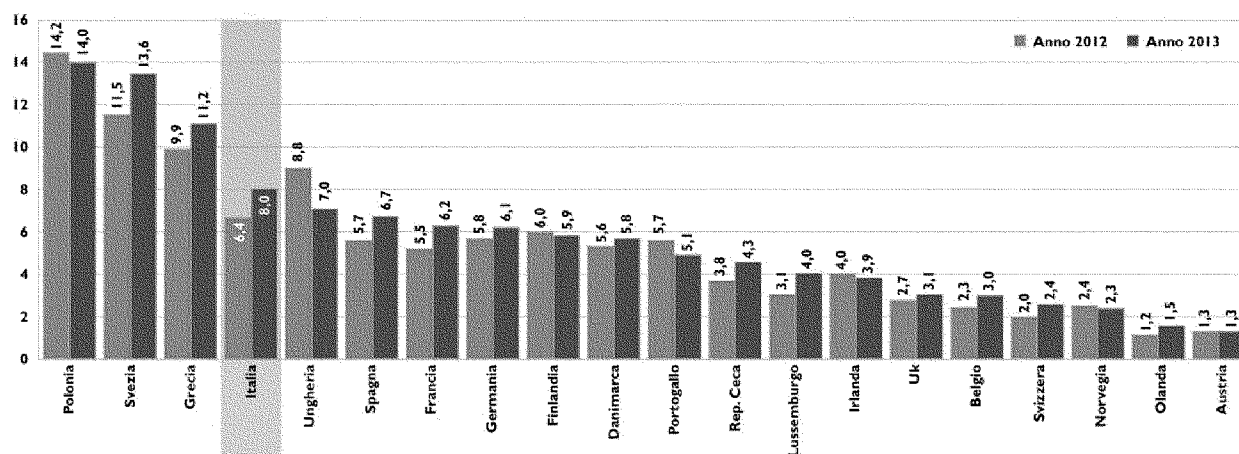
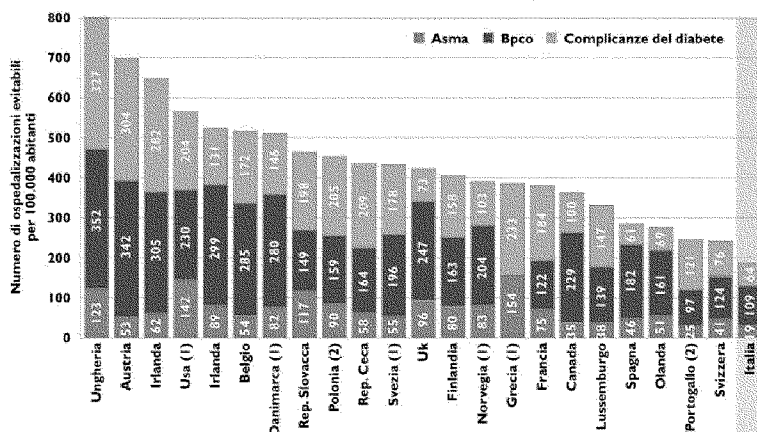


Tabella I - Tempi medi di attesa

	Gg attesa medie 2013	Delta gg 2010-2013	
Ricovero ordinario	Tumore alla mammella	25,0	2,4
	Tumore alla prostata	42,5	2,3
	Tumore al colon retto	21,5	0,9
	Tumore all'utero	23,2	1,7
	Bypass coronarico	22,9	-0,3
	Angioplastica coronarica (Ptca)	19,4	-1,2
	Endoarteriectomia carotidea	38,8	-3,2
	Protesi d'anca	77,2	-6,1
	Tumore al polmone	20,9	1,4
	Tonsillectomia	90,5	14,1
	Gg attesa medie 2013	Delta gg 2012-2013	
Day hospital	Chemioterapia	18,1	-4,1
	Coronografia	31,5	2,2
	Biopsia percutanea fegato	17,3	-1,3
	Emorroidectomia	55,6	4,0
	Interventi per ernia inguinale	61,0	1,3

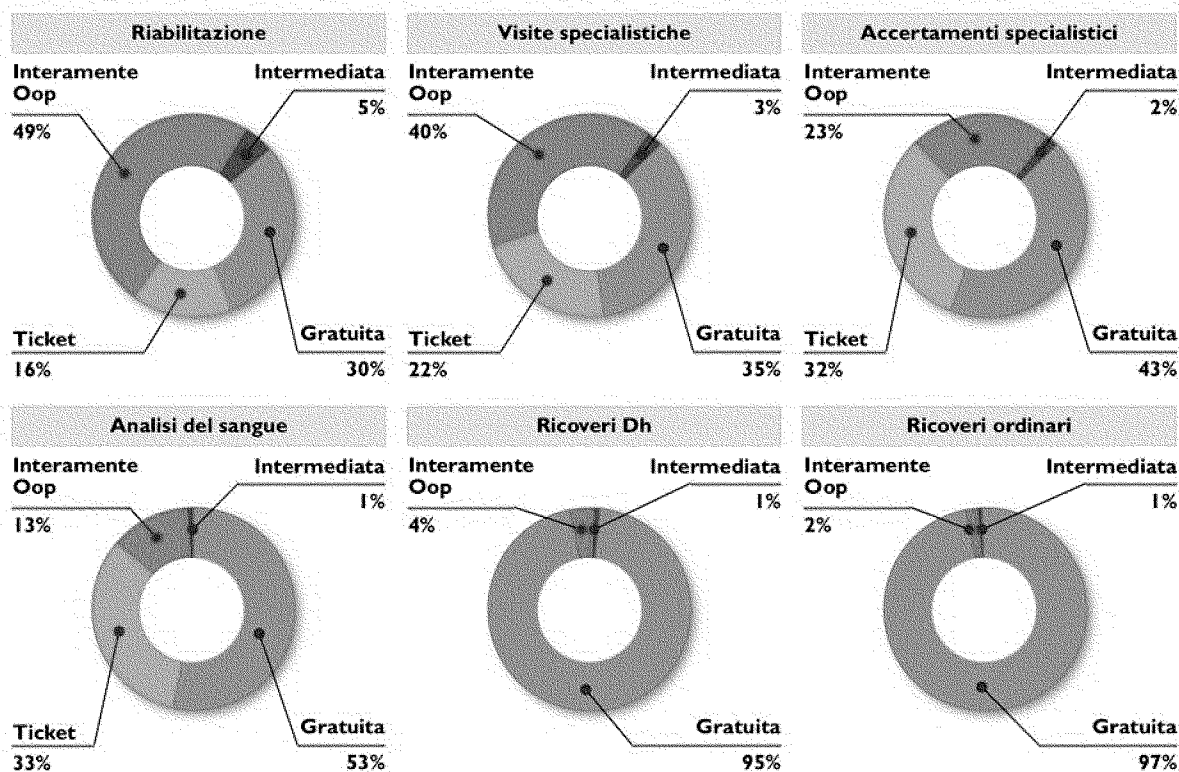
Fonte: elaborazione Oasi su dati Sdo ministero della Salute

Figura 2 - Numero di ospedalizzazioni per asma, Bpco e diabete per 100.000 abitanti (2012)



Note: (1) 2011, (2) 2010. Non sono disponibili i dati per Bpco per la Grecia. Non sono disponibili i dati per i Paesi BRICS
Fonte: elaborazione Oasi su dati Oecd health data 2015

Modalità di pagamento relative alle principali prestazioni sanitarie, % sul totale della popolazione italiana



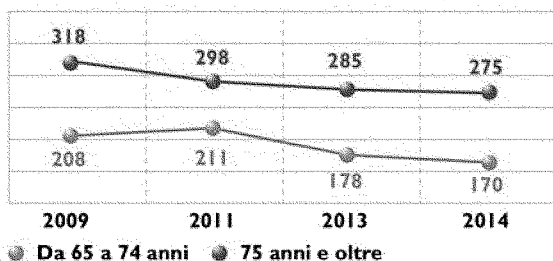
Fonte: rapporto Ocps 2015

Evoluzione del Ssn, dall'ospedale al territorio

1997 16.006 strutture territoriali
(di cui 18% private accreditate)

2012 24.263 strutture territoriali
(di cui 53% private accreditate)

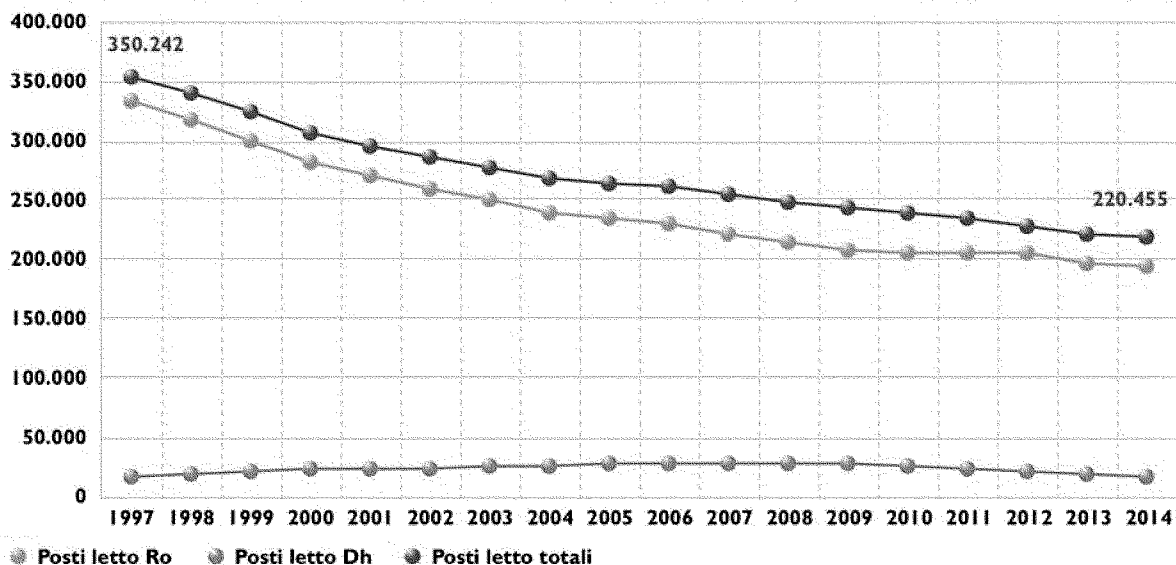
**Tasso di ospedalizzazione per fasce di età
(x 1.000 ab.) - Attività per acuti in regime ordinario**



**Riduzione del tasso di ospedalizzazione per popolazione anziana
Aumento presa in carico sul territorio
(utenti anziani assistiti per 100.000 ab.:
da circa 1.700 nel 2005 a circa 2.100 nel 2012)**

Dinamiche della capacità produttiva - Evoluzione numero posti letto Ssn (Ro e Dh)

**Si conferma la contrazione PI: -37% rispetto al 1997
Seguirà nell'immediato futuro una significativa contrazione delle attuali 8.558 Uoc (Dm 70/2015)**



Fonte: capitolo 3 del Rapporto Oasi 2105

Da Agenas-Libera la classifica della trasparenza Asl

Report Agenas-Libera: migliora la trasparenza ma nelle aziende del Sud si arranca. (Servizio a pag. 5)

REPORT LEGALITÀ REALIZZATO CON LIBERA

Agenas, migliora la trasparenza delle Asl

L'azienda Ulss 1 Veneto orientale è in vetta alla classifica della trasparenza delle aziende sanitarie, mentre il fanalino di coda è l'ospedale S. Filippo Neri di Roma. A stilare la top ten è il Rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza e integrità, pubblicato dall'Agenas in collaborazione con Libera.

Il dato nazionale indica un tasso di adempimento rispetto ai protocolli di trasparenza appena superiore al 70 per cento. Le percentuali più elevate si registrano in Emilia Romagna, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia, mentre Molise, Campania e Calabria «confermano le loro difficoltà a procedere sulla strada della trasparenza anche solo con gli adempimenti più formali», evi-

denzia il report.

Fra le aziende meno in regola figurano numerose realtà ospedaliere, compresi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, e alcune aziende sanitarie appartenenti a Regioni piuttosto carenti sotto il profilo della trasparenza (4 in Campania e 2 in Calabria, per esempio).

«La trasparenza è una condizione necessaria - ha sottolineato la senatrice Nerina Dirindin intervenuta insieme a Gabriella Stramaccioni di Libera - ma non sufficiente per garantire l'integrità. I dati devono essere letti, compresi e messi in rete. Si tratta di sostenere quel patrimonio di relazioni, conoscenze, esperienze di impegno e servizio presenti nel sistema sanitario: laddove esiste un terreno sano, che opera con etica professionale genuina, garantendo in

primis la tutela dei diritti fondamentali, tra cui quello della salute, è molto più difficile che possano insinuarsi opacità e illegalità».

Dalla pubblicazione online delle informazioni sui bandi di gara a quelle sui bilanci, le aziende sanitarie italiane sembrano aver intrapreso il percorso virtuoso della trasparenza, ma di strada da fare ce ne è ancora molta. In particolare al Sud, e su alcuni aspetti "a rischio", come i contratti di fornitura stipulati con i privati, che solo il 35% delle Asl rende noti, e le liste d'attesa, pubblicate in modo dettagliato solo in 7 Regioni.

Il monitoraggio, commenta Lucia Borsellino coordinatrice per l'Agenas del lavoro per l'attuazione del Protocollo d'intesa anticorruzione, «mostra un'importante diversità tra Nord e Sud che ci

spinge a fare interventi più accurati per promuovere una cultura omogenea della trasparenza sul territorio». Ma la trasparenza riguarda anche le liste d'attesa, vero e proprio tallone d'Achille di molti sistemi sanitari regionali e spesso luogo in cui si celano «abusi e inefficienze nell'accesso ai servizi». La legge prevede che le aziende sanitarie pubblichino nel proprio sito web una pagina dedicata, cosa che fanno il 93% delle aziende. Ma a fronte di 10 Regioni in cui il 100% delle aziende risultano adempire, troviamo anche le Marche, dove lo fa solo il 25 per cento. Infine, solo in 7 Regioni si danno anche informazioni sulle singole tipologie di prestazioni.

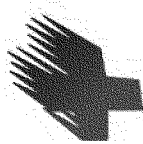
Er.Di.

Le prime e le ultime 10 aziende negli adempimenti sulla trasparenza

Azienda	Regione	Criteri soddisfatti	% adempim.
Le migliori			
A. Ulss 1 Veneto orientale	Veneto	24	100,0%
Asl Brescia	Lombardia	23	95,8%
Asl 4 Chiavarese	Liguria		
Aou Parma	Emilia R.		
A. Usl Imola	Emilia R.	22	91,7%
Aas n. 1 Triestina	Friuli V.G.		
Aas n. 2 Bassa Friulana Isontina	Friuli V.G.		
Aou Modena	Emilia R.	10	41,7%
A. Usl Bologna	Emilia R.		
A. Usl Cesena	Emilia R.		
Le peggiori			
Ao Ss. Antonio e Biagio - Alessandria	Piemonte	9	37,5%
Asl Napoli 1 Centro	Campania		
Asl Salerno	Campania		
Ao Cosenza	Calabria	8	33,3%
Ist. naz.le tumori Irccs Fond. Pascale - Napoli	Campania		
Ao pediatrica Santobono Pausilipon - Napoli	Campania	7	29,2%
Asrem	Molise		
Eo "S. De Bellis" - Castellana Grotte (Ba)	Puglia	5	20,8%
Ao Bianchi Melacrino Morelli - R. Calabria	Calabria		
Ao San Filippo Neri - Roma	Lazio	3	12,5%

CODICE ROSSO

a cura di Cineas



Serve una visione organica per ricondurre tutto a sistema

Il baricentro sugli erogatori

Le novità introdotte dalla commissione Affari sociali nel settore della responsabilità dei professionisti sanitari, almeno sulla carta, si potrebbero rivelare di un forte impatto su alcune problematiche di portata generale come quelle della natura stessa della responsabilità, nonché della distribuzione dell'onere della prova.

La ricetta proposta dalla riforma in commento, per ridurre gli effetti negativi della medicina difensiva e del contenzioso legato al rischio clinico con l'obiettivo di tutelare il paziente, si muove lungo alcune precise direttrici di marcia: 1) una modifica sostanziale dei criteri di imputazione che governano la responsabilità sanitaria; 2) l'introduzione di un vero e proprio obbligo di assicurazione a carico delle strutture; 3) il potenziamento delle attività di prevenzione e gestione dei rischi, anche in funzione dell'ottimizzazione dei processi assicurativi.

Ma vediamo più nel dettaglio alcune delle norme attorno cui ruotano tutti i propositi di riforma. Il perno centrale delle due proposte è chiaramente posizionato sulla ridefinizione della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, sia in ambito civile che penale.

Per quanto concerne i profili penali, l'articolo si propone, anzitutto, l'introduzione nel nostro codice penale, di un nuovo articolo, il 590-ter, che sotto la rubrica "Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario", prevede la punibilità solo in caso di colpa grave dell'operatore sanitario, il quale, a causa di imperizia, provoca la morte o la lesione personale del paziente. Tuttavia, la colpa grave è esclusa quando, tenuto conto delle rilevanti specificità del caso concreto, l'esercente la professione sanitaria si sia attenuto alle raccomandazioni previste dalle linee guida o alle buone pratiche clinico assistenziali.

Un profilo di assoluta novità rispetto all'articolo 3, comma 1, del c.d. Decreto Balduzzi, è da rintracciare nella formalizzazione e valorizzazione normativa di quali linee guida e buone pratiche dovranno essere prese a riferi-

mento come concreto parametro di misurazione della colpa, e precisamente quelle adottate dalle società scientifiche iscritte in un apposito elenco, istituito con decreto del ministro della Salute. E pur vero, tuttavia, che tali direttive sanitarie appariranno tanto più autorevoli quanto più sarà possibile sottoporle ad un'approfondita verifica, finalizzata a riscontrare la correttezza del procedimento di formazione, della maggiore o minore condivisione in letteratura, oltre che, dell'influenza di fattori e profili economico-aziendalistici, certamente estranei a quelli propriamente scientifici.

Nell'articolo la novità sul versante civile, si segnalano, da un lato, nella conferma della natura contrattuale della responsabilità civile della struttura pubblica e privata, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del Cc, dall'altro lato, nel sancire come extracontrattuale la responsabilità del professionista sanitario che opera all'interno delle medesime, «anche se scelto dal paziente e ancorché non dipendente della struttura stessa». Due annotazioni. La prima è che le conseguenze più immediate legate alla previsione della responsabilità extracontrattuale dell'esercente la professione sanitaria, sono, per citare le più importanti, una riduzione dei termini di prescrizione a 5 anni (anziché 10 anni previsti per la responsabilità contrattuale), e lo spostamento dell'onere probatorio sul paziente. La seconda è che, se la ratio ispiratrice del disegno di legge è la riduzione della medicina difensiva (positiva e negativa) per i costi e i rischi che essa comporta, tuttavia, la formulazione non particolarmente perspicua della norma in questione, darà certamente luogo a non poche difficoltà interpretative, in particolare in tutte quelle ipotesi in cui il danneggiato abbia concluso con il medico un contratto d'opera professionale, per una prestazione medico-chirurgica da eseguire (in regime ambulatoriale o di ricovero) presso una struttura sanitaria (pubblica o privata).

Sempre nell'ottica di spostare il baricentro del sistema della responsabilità sanitaria dal singolo operatore sull'ente che eroga le prestazioni sanitarie, deve esser letta, sul piano strettamente assicurativo, la previsione di un vero e proprio obbligo di assicurazione a carico delle strutture sanitarie, a vantaggio del proprio «personale a qualunque titolo

operante presso l'azienda, la struttura o l'ente». Da notare, tuttavia, che anche il dipendente deve essere a sua volta assicurato «al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa», che rimane condizionata alla sussistenza del dolo o della colpa grave del professionista.

Un elemento di assoluta novità connesso proprio all'azione di rivalsa, è rappresentato dall'obbligo, posto a carico delle strutture sanitarie, di comunicare al medico, affinché lo stesso vi possa intervenire, l'instaurazione del giudizio civile nel quale sia richiesto il risarcimento del danno.

Completano il quadro, da un lato, un'azione diretta nei confronti dell'impresa di assicurazione delle strutture sanitarie e/o dei medici, nel tentativo di replicare un modello di protezione del danneggiato tipico dell'assicurazione obbligatoria della RC auto; dall'altro lato, nell'intento di deflazionare il contenzioso, la previsione di esperire, preliminarmente all'introduzione di un giudizio per il risarcimento del danno da responsabilità medica, un accertamento tecnico preventivo a fini conciliativi, di cui all'articolo 696-bis del codice di procedura civile, cui devono partecipare obbligatoriamente tutte le parti, comprese le compagnie assicuratrici della struttura sanitaria e del medico. In conclusione, l'auspicio è che il tentativo di ripermire molte delle principali problematiche che tormentano la responsabilità sanitaria, sappia coniugarsi con una visione organica che consenta di collocare in una prospettiva di sistema tale disciplina.

Ernesto Macrì

*docente Cineas del master
in Hospital risk management e componente
del Tavolo Cineas Assicurazione e sanità*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Contenzioso. Al via la sperimentazione delle nuove procedure

Il rito telematico «punta» Lombardia e Campania

Marco Mobili

ROMA

▣ Lombardia, Emilia Romagna e Campania. Potrebbero essere queste le prossime tre **Regioni**, cui se ne aggiungeranno almeno altre tre, dove potrebbe partire dal prossimo anno il **processo tributario telematico**. Si tratta della seconda tappa della digitalizzazione delle liti fiscali che entro il 2017 dovrà portare l'amministrazione finanziaria a coprire l'intero territorio nazionale. È quanto è emerso ieri nel corso della presentazione dell'avvio del processo tributario telematico in Umbria e Toscana organizzata dal Dipartimento delle Finanze.

«Il processo tributario telematico - ha detto il ministro dell'Economia, Pier Carlo Padoan in un videomessaggio di introduzione ai lavori di ieri - porterà benefici a tutti gli attori coinvolti: giudici, commissioni, contribuenti, professionisti e enti impositori, agenti, società di riscossione. La gestione del contenzioso sarà più semplice, meno costosa e più veloce con vantaggi per cittadini e imprese». L'applicazione della

leva digitale su cui il Governo ha scommesso per innovare il Paese, ha aggiunto Padoan, si estende ora alla gestione del contenzioso.

Da ieri, attraverso il portale «www.giustiziatributaria.gov.it» si potrà accedere al sistema informativo della Giustizia Tributaria, denominato S.I.Gi.T per il deposito telematico degli atti e documenti processuali. I giudici tributari, i contribuenti, i professionisti e gli enti impositori, previamente registrati, potranno consultare da casa o dai propri uffici il fascicolo processuale contenente tutti gli atti e documenti del contenzioso a cui sono interessati. La sperimentazione riguarda, come detto Toscana e Umbria. L'obiettivo, ha aggiunto il sottosegretario all'Economia, Enrico Zanetti, è quello di rendere meno oneroso e più efficiente nell'arco di due anni l'intero processo. Con evidenti vantaggi sia nel rapporto fisco-contribuenti sia in termini di risparmi per le casse dello Stato. Infatti, come ha spiegato Fiorenzo Sirianni a capo della Direzione della Giustizia tributaria

del Mef, «dal 2012 a oggi l'amministrazione ha inviato un milione di poste certificate in luogo delle notifiche postali risparmiando fino a 25 milioni di euro».

«Si tratta, comunque, di un progetto trasversale che va integrato con le infrastrutture già esistenti, come ad esempio quelle sui pagamenti con la Pa» ha precisato la direttrice del Dipartimento delle Finanze, Fabrizia Lapecorella.

Per il presidente del Consiglio di presidenza della giustizia tributaria, Mario Cavallaro, è necessario chiarire che si tratta solo del primo passo di una digitalizzazione del processo che è ancora tutta da costruire: «I magistrati tributari offrono la loro piena collaborazione, senza porre condizioni, per la riuscita dell'implementazione del processo tributario telematico per arrivare a sviluppare la digitalizzazione di tutte le fasi processuali fino anche all'atto della sentenza». Sarà comunque necessario, «soprattutto a garanzia della buona fede agli occhi dei contribuenti, che ci sia una netta separazione tra gli stru-

menti telematici di carattere informativo e quelli di carattere più strettamente giurisdizionali».

Sulla possibilità, infine, che il Governo riprenda il percorso di riforma della giustizia tributaria il sottosegretario Zanetti ha lasciato aperta la porta a nuove possibilità di confronto per sciogliere i nodi non risolti con l'attuazione della delega fiscale, dai compensi dei giudici alla composizione delle Commissioni tributarie. Non è escluso per il 2016 l'arrivo di un nuovo Ddl, «i testi già ci sono».

**Nel 2016 in arrivo
l'estensione
anche a Emilia
e altre tre regioni**

■ SANITÀ Buonavita: senza assessore né commissario siamo nel caos Fondi in esaurimento, i pazienti costretti a pagare le prestazioni

“Per curare la sanità in Campania occorre una sola cosa: uscire dal piano di rientro, eliminare il tetto di spesa ed autorizzare le nuove assunzioni. Tra oggi e domani terremo un incontro con la struttura tecnica regionale per mettere a punto un piano da sottoporre alla politica. Certo, una Regione che non può avere un assessore alla sanità e che non ha nemmeno nominato il commissario è esposta a gravi situazioni di disagio, che ricadono sempre sui pazienti”. Così **Doriana Buonavita**, segretario regionale della funzione pubblica della Cisl, davanti all'ennesima emergenza che avanza all'orizzonte: la mancanza di fondi per garantire l'assistenza ai cittadini che si rivolgono alle strutture pubbliche, come a quelle private, per ottenere le prestazioni sanitarie. dalla prossima settimana i laboratori potrebbero mandare indietro i pazienti che dovessero presentarsi con la prescrizione medica per sottoporsi agli accertamenti perché la differenza



Un gruppo di medici in corsia

tra il costo della prestazione e quello versato dall'assistito non troverebbe la copertura. In pratica il cittadino potrebbe ottenere tutti i servizi pagando per intero. Buonavita va oltre ed osserva che a prescindere dalla emergenza economica che potrebbe esplodere tra qualche giorno, attualmente quasi tutte le prestazioni sono a totale carico dei cittadini campani,

proprio perché sta venendo meno l'organizzazione del comparto. L'assenza dell'assessore e del commissario - spiega la sindacalista - inizia a far sorgere il dubbio che la situazione sia stata creata come alibi per la politica che dichiara di voler fare ma non può e con la struttura tecnica che non è in grado di agire. Preoccupazione è espressa dal presidente dell'ordine dei

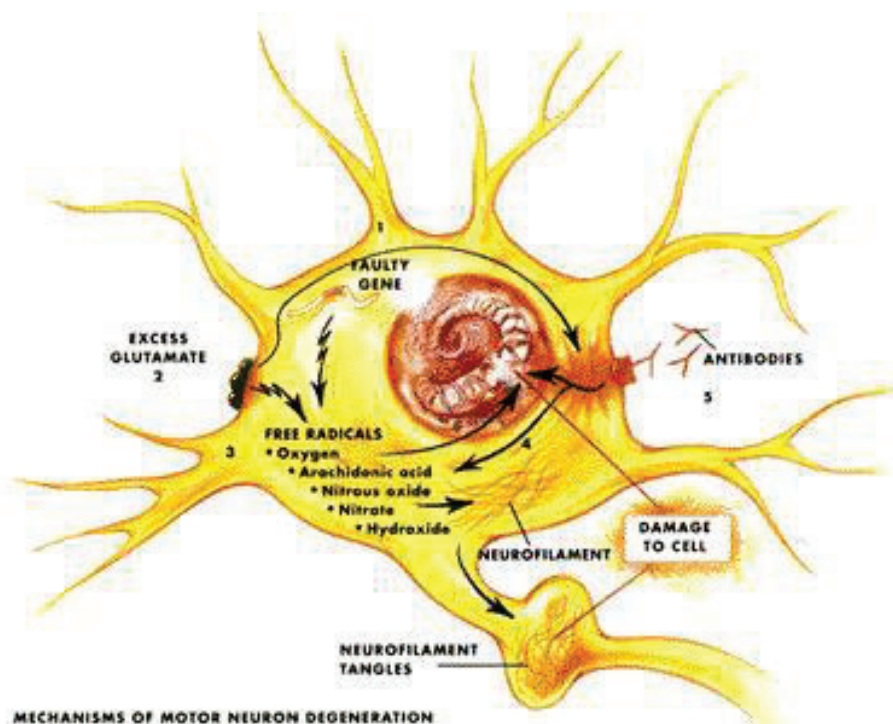
medici di Avellino, **Antonio D'Avanzo** che ricorda le affermazioni rilasciate dal presidente della regione Campania, **Vincenzo De Luca**, che aveva assicurato il reperimento dei fondi per fare fronte al pagamento delle prestazioni anche nelle ultime settimane dell'anno. Il problema sta in regione - precisa D'Avanzo - noi non possiamo fare nulla. Intanto la regione Lazio è uscita dal piano di rientro, è in salute e sta assumendo 1.200 unità, tra medici ed infermieri e grazie al risanamento è oggi in grado di offrire gratuitamente prestazioni anche di rilievo dietro la presentazione della prescrizione del medico curante: prestazioni per le quali in Campania si pagano seimila euro. Il disagio è più avvertito nelle strutture pubbliche perché in quelle private potrebbe anche verificarsi l'ipotesi che l'imprenditore decida di anticipare le quote salvo farsele rimborsare dalla Regione con l'esercizio 2016.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



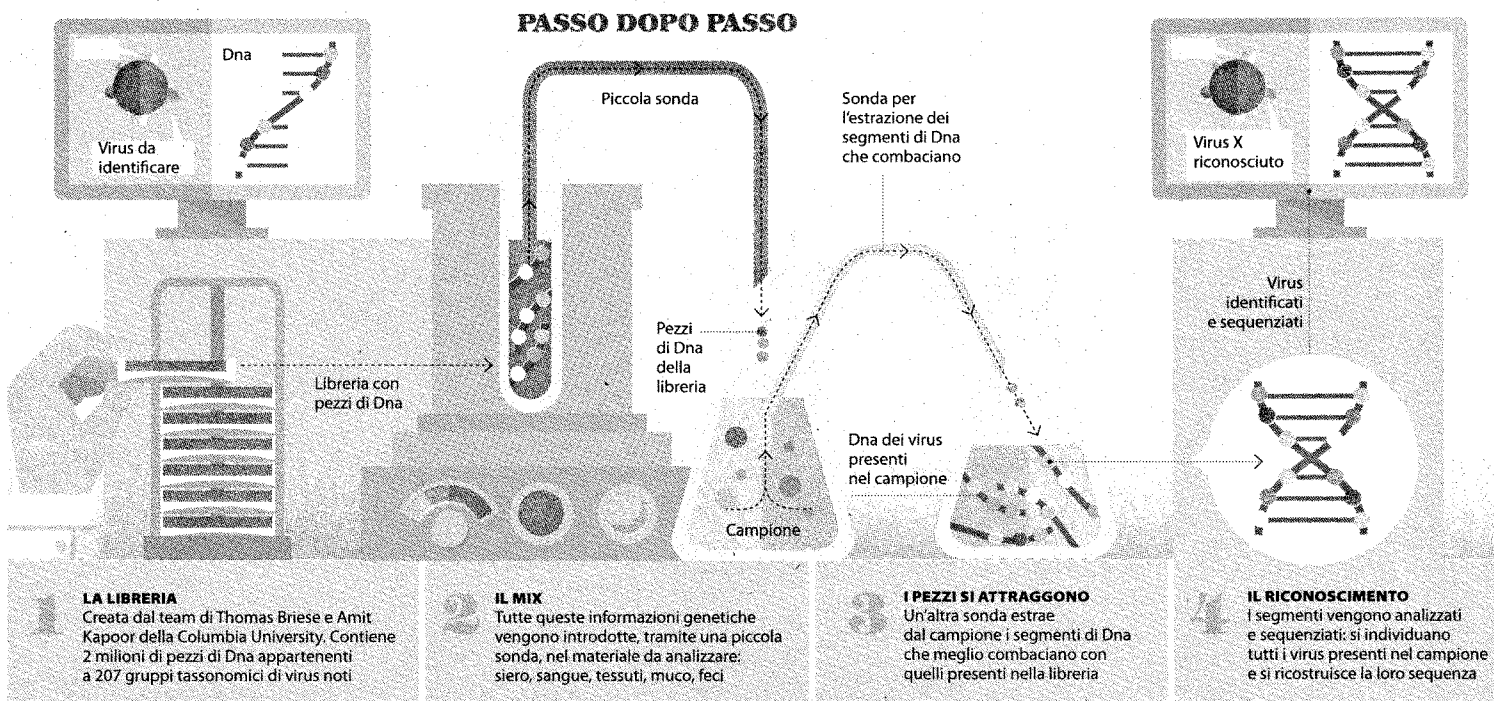
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



MECHANISMS OF MOTOR NEURON DEGENERATION

Genetica. Una sonda che penetra nel materiale organico. Identifica le malattie
Più rapidamente che mai. E a poco prezzo. Per approntare in tempo utile la cura migliore



FONTE: RSALUTE - INFOGRAFICA: PAULA SIMONETTI

La palla di Dna che dà il nome ai germi

PIETRO GRECO

COSTA POCO. È FACILE da usare. È veloce. E aumenta da 100 a 10.000 volte la capacità di individuare un virus presente nel sangue o nei tessuti, fornendo in tempo reale la sequenza completa del suo DNA (o RNA). Inoltre individua tutti i virus presenti nel campione esaminato, compresi quelli che hanno subito recenti e profonde mutazioni. Per questo il metodo Virome-Capture-Sequencing platform for Vertebrate viruses (VirCapSeq-VERT), messo a punto da Thomas Briese e Amit Kapoor, con l'aiuto di alcuni colleghi e sotto la guida di W. Ian Lipkin, lì a New York, presso il Center for Infection and Immunity (CII) della Mailman School of Public Health della Columbia University è considerata una svolta importante nella diagnosi delle infezioni virali. Una svolta, per intenderci, paragonabile all'invenzione della PCR nello studio e nel sequenziamento del DNA.

Il metodo è concettualmente semplice. Briese,

È una svolta. Perché aumenta fino a 10.000 volte le capacità di analisi rispetto ai metodi in uso

Kapoor e gli altri hanno creato una libreria con 2 milioni di pezzi di DNA appartenenti a tutti i 207 gruppi tassonomici di virus noti. Hanno introdotto tutte queste informazioni genetiche in una piccola sonda da introdurre nel materiale da analizzare: siero, sangue, tessuti, muco, feci. Mediante un processo di riconoscimento e di attrazione elettromagnetica, la sonda estrae dal materiale da esaminare i segmenti che meglio combaciano con una parte della sua libreria nucleotidica. Questi segmenti sono immediatamente analizzati da un sequenziatore di DNA. In questo modo i virus (tutti i virus presenti nel campione) vengono immediatamente individuati e la loro sequenza genica ricostruita con precisione. Il metodo consente di scovare virus che hanno anche solo il 40 per cento di sequenze note. Il che significa che è in grado di individuare anche virus che sono mutati di recente e profondamente. Un dettaglio non da poco, visto che i virus mutano continuamente e velocemente.

La sonda, assicura il gruppo diretto da Lipkin, funziona in tutti i campioni. Ma è particolarmente efficace in quelli estratti dal sangue o dai tessuti di ogni vertebrato, uomo compreso. In questi casi, infatti, il VirCapSeq-VERT aumenta da 100 a 10.000 volte la capacità di analisi rispetto ai metodi tradizionali. Al costo di appena 40 dollari ogni 20 esami per paziente. Molto meno dell'analisi finora più

economica che costa 65 dollari.

L'articolo con cui l'equipe della Columbia University ha annunciato la scoperta (o meglio, l'invenzione) è stato pubblicato su *mBio*, la rivista dell'American Society for Microbiology. Come tutti gli articoli scientifici, non contiene commenti. Ma in una serie di dichiarazioni rilasciate ad alcune riviste mediche americane, i due principali autori hanno sottolineato i grandi vantaggi della tecnica.

Thomas Briese, per esempio, ha parlato direttamente ai colleghi clinici: «Se avete il sospetto che un vostro paziente abbia una malattia virale - ha detto - ora, a un costo ragionevole, potrete verificare di quale virus si tratta e approntare subito la cura migliore».

Il direttore del Cii, Ian Lipkin, ha sottolineato anche il valore per la ricerca, oltre che per la clinica medica: «La VirCapSeq-VERT è una tecnica specifica, sensibile e potente per caratterizzare tutti i virus presenti in un campione. E questo ne fa uno strumento importante e inedito per una medicina di precisione». Tanto più che è facile da usare e che le tecniche convenzionali per scoprire i virus, quelle che utilizzano la PCR, non hanno la capacità di analizzare contemporaneamente tutti i virus, il che le rende dispendiose sia in termini di denaro che di tempo. Inoltre la VirCapSeq-VERT fornisce la sequenza nucleotidica completa dei virus, mentre le tecniche fondate sulla PCR ne sequenziano solo brevi tratti.

La nuova tecnica viene già utilizzata sia in ambito di ricerca sia in ambito clinico alla Columbia University. Ora si tratta di ribattezzarla, perché VirCapSeq-VERT è più uno scioglilingua che il nome adatto alla più efficace e potente "cacciatrice di virus" della storia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Collezione

La sonda contiene una collezione di 2 milioni di pezzi relativi al Dna di 207 gruppi di virus noti



Mutati

Si identificano un virus che ha anche solo il 40 per cento di sequenze note. E così trova quelli mutati



Occhio al dromedario

Fino a poco tempo fa la si teneva sotto controllo soprattutto in Medio Oriente, perché è in Arabia Saudita che è stata isolata, nel 2012. Non a caso, si chiama sindrome respiratoria del Medio Oriente o MERS. Ma non ci ha messo molto a lasciare i deserti. L'allarme globale scatta dopo l'epidemia del 2015 che ha colpito in Corea: oltre 180 persone infettate in ospedale da un solo paziente zero, e più di 30 decessi. E oggi l'Oms fa sapere che finora le persone colpite dal virus del deserto in 20 paesi diversi sono circa 1.600, i morti circa 600. Magari non molti, ma in così tante parti del mondo da fare della MERS è un'osservata speciale in tutto il mondo. A ragione, visti i dati riportati in ottobre su *PLoS One*, relativi al Kenya. Analizzando oltre 330 dromedari, i virologi dell'Università di Liverpool hanno infatti trovato gli anticorpi contro il misterioso coronavirus

responsabile della Mers (stessa famiglia della Sars) nel 47 per cento degli animali, a riprova di un avvenuto contatto, e anche se la trasmissione da camélide a uomo è rara, il timore è che prima o poi si verifichi un salto di specie e la malattia diventi epidemica in zone difficili da controllare. La buona notizia è che nello scorso mese di agosto i ricercatori dell'Università della Pennsylvania hanno riferito su *Science Translational Medicine* gli ottimi risultati ottenuti con un vaccino sperimentale nei primati, nei camélidi e nei roditori: il preparato, basato sul Dna del virus, ha stimolato la produzione di anticorpi contro la MERS, e ne ha attenuato i sintomi. Gli esperimenti proseguono, con lo scopo di avere un vaccino disponibile in caso di crisi e prevenire situazioni come quella verificatasi con Ebola.

(agnese codignola)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il personaggio

Ian, l'uomo che ha trovato il killer del Nilo Occidentale

NON C'È DUBBIO, i principali inventori della Viro-capture-Sequencing platform for Vertebrate viruses (VirCapSeq-VERT), sono Thomas Briese e Amit Kapoor. Ma il leader del gruppo di cui fanno parte è Ian Lipkin, uno dei più noti "cacciatori di virus" del mondo. Ha iniziato a costruire la sua fama già negli anni '80 del secolo scorso, quando, primo al mondo, scoprì una tecnica definita, manco a dirlo, molto potente per isolare e clonare, ovvero riprodurre a piacimento, mRNA (RNA messaggero) prodotto in maniera differenziata da cellule diverse.

Dieci anni dopo, con una tecnica non molto differente, Ian Lipkin ha scoperto il primo caso nel mondo occidentale di infezione da virus del Nilo occidentale. Pochi anni ancora ed ecco che Lipkin, ormai direttore del Center for Infection and Immu-

nity (CII) della Mailman School of Public Health della Columbia University, ha messo a punto la "mass-tag PCR": una tecnica innovativa fondata sia sulla PCR sia sulla spettrometria di massa. Lo stesso Lipkin ha poi sviluppato il primo "pan-microbial microarray": un biochip costituito da microscopiche sonde a DNA disposte in una matrice, capace di analizzare nel medesimo tempo moltissimi geni presenti in un campione. Infine sempre Ian Lipkin è stato il primo a utilizzare la "high-throughput sequencing" - una tecnica semplice ed efficace capace di sequenziare in breve tempo e a basso costo, una grande quantità di Dna - per individuare nuovi microbi.

La messa a punto della VirCapSeq-VERT è, dunque, il frutto quasi scontato di un lungo e produttivo lavoro. (p.g.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Proliferazione

I tumori si formano se una cellula si replica all'infinito. C'è un meccanismo che impedisce il trasferimento delle cellule tra animali



Parassita

La tenia in genere è asintomatica e resta nei tessuti silente. Nel caso discusso era malata di cancro e ha trasmesso il suo tumore a un uomo



Marsupiale

Il cancro della faccia di un piccolo animale della Tasmania e quello dei testicoli del cane sono gli unici tumori trasmissibili per un'anomalia



Immunitario

Il trasferimento di cellule è impossibile perché il sistema immunitario non attacca le cellule del portatore, ma quelle degli altri si

Il caso. Un uomo a Medellin arriva in ospedale: una tenia vivente nel suo intestino ha un tumore. Che ha invaso i tessuti del colombiano. E tutti si chiedono: vuole forse dire che le neoplasie si attaccano come le patologie infettive? Solo in due animali. Ecco perché

No, il cancro non si trasmette

PIER GIUSEPPE PELICCI*

I TUMORI ORIGINANO dalle cellule dei nostri tessuti. Quando una di esse va incontro a particolari alterazioni del proprio DNA inizia a moltiplicarsi in maniera incontrollata e forma una massa (il tumore) che si espande progressivamente con tutte le conseguenze che sfortunatamente conosciamo. Perciò grande attenzione ha ricevuto la storia, riportata nelle settimane scorse dalla massima rivista mondiale di medicina (il *New England Journal of Medicine*), di un paziente che ha sviluppato un tumore veramente eccezionale: non si è formato partendo da una cellula di uno dei tessuti del malato, ma da una cellula di un parassita che viveva nel suo intestino. Una scoperta che cambia ciò che sappiamo?

Ritorniamo a quel paziente. Un uomo di 41 anni sieropositivo che si è presentato all'ospedale di Medellin in Colombia nel gennaio del 2013 con molti sintomi anomali, che rendevano difficile la diagnosi e spinsero i medici a indagini approfondite di laboratorio. Si scoprì che era portatore di una delle specie più comuni di Tenia o Verme Solitario (la *Hymenolepis nana*). Ma ciò che ne ha fatto l'oggetto di una pubblicazione importante è che una singola cellula di una delle tenie residenti nell'intestino di quell'uomo ha subito, casualmente, un'alterazione del DNA, e ha dato origine ad un tumore, che ha poi invaso i suoi tessuti. E quindi quelli del suo portatore.

Quindi, una tenia ha sviluppato un tumore che a sua volta ha invaso i tessuti del suo portatore. La domanda che mi è stata posta è semplice: siccome la tenia si trasmette da persona a persona, la stessa cosa può succedere per un tumore che si forma in una tenia? Più in generale, i tumori possono trasmettersi da persona a persona? La risposta è semplice: no ad entrambe le domande. Non esiste alcuna base scientifica alla paura di "contrarre" un tumore da una persona che si è ammalata. L'unico sentimen-

to "autorizzato" di fronte a un malato di cancro è la solidarietà, se ne siamo capaci.

L'infezione da *Hymenolepis nana* (la tenia) è in genere asintomatica, il verme rimane nell'intestino del suo portatore (non si diffonde) e l'infezione si autolimita. In Italia la diffusione di questo parassita è molto bassa, grazie alle nostre buone abitudini igieniche. Non solo: il paziente colombiano era malato di AIDS, quindi aveva un sistema immunitario fortemente compromesso. Ciò ha probabilmente favorito la crescita incontrollata della tenia, aumentando la probabilità che una delle sue cellule andasse incontro a una trasformazione tumorale. Un'evenienza che non è mai stata documentata in chi ha un sistema immunitario normale (nonostante siano circa 100 milioni le persone al mondo portatrici di questa specie di tenia).

Più in generale, c'è una barriera invalicabile che rende impossibile la trasmissione del tumore da persona a persona. Il trasferimento di cellule (comprese quelle tumorali) è impedito da un meccanismo immunitario basato su un sistema denominato MHC. Tutte le cellule del nostro organismo esprimono proteine MHC (Major histocompatibility complex), e ogni individuo ha le proprie (diverse cioè da quelle di un altro individuo). Il sistema immunitario non attacca le cellule del proprio organismo perché tollera le proprie molecole MHC, mentre elimina le cellule di altri organismi perché esprimono molecole MHC diverse.

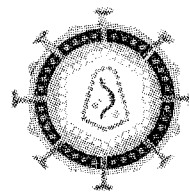
In natura esistono solo due esempi di trasmissione di tumore da un individuo ad un altro, entrambi rarissimi. Il primo è il tumore della faccia di un piccolo marsupiale che vive nell'isola di Tasmania: le proteine del sistema MHC di questi animali sono uguali tra gli individui; la specie sta pagando que-

sta eccezionale caratteristica con il rischio di estinzione. Il secondo esempio è un raro tipo di tumore genitale del cane che si è formato 70.000 anni fa per una circostanza eccezionale e da allora si è trasmesso da cane a cane. Un evento probabilmente irripetibile. Insomma, niente paura, i tumori non si trasmettono da persona a persona.

direttore della Ricerca allo IEO e Professore di Patologia all'Università di Milano

*RIPRODUZIONE RISERVATA

Si chiamano MHC. Sono proteine che ognuno di noi ha differenti. E questo ci protegge dalle malattie



Hiv

Il colombiano era sieropositivo con il sistema immunitario compromesso e questo ha favorito il passaggio del tumore