



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Uomini e caporali

**U**n commissario-presidente non va: deve essere "tecnico" per un servizio aziendalizzato e risanato.

GIORGIO LONGO A PAG. 6

### PIANI DI RIENTRO

## Veri commissari fuori dalla politica

**Q**uando il cosiddetto commissariamento di una Regione in Piano di rientro dai disavanzi sanitari perdura da anni, c'è qualcosa che non funziona. È questo, a esempio, il caso della Regione Lazio dove la Gestione straordinaria commissariale della sanità regionale è iniziata nel 2008. Il Piano di rientro (Pdr) del Lazio risale al febbraio 2007 e il successivo commissariamento è stato deliberato l'11 luglio 2008, esso doveva a norma di legge protrarsi per non più di tre anni. Ha visto l'avvicinarsi nel Lazio di sei Commissari, di cui 4 nell'ultimo anno. Due politici, in quanto presidenti della Regione, e due tecnici, questi ultimi sono durati in carica ciascuno meno di tre mesi. I Tavoli governativi trimestrali e annuali di verifica degli adempimenti del Piano di rientro continuano a evidenziare ritardi e criticità. Una gestione commissariale con questa durata e instabilità, simile a molte altre Regioni in Piano di rientro (pensiamo alla Campania), dimostra chiaramente due cose:

**1.** che questo tipo di commissariamento, il cui attuale assetto normativo della governance è imperniato sulla figura del presidente che commissaria la stessa Regione di cui è presidente, non è efficace; non è cioè in grado di avviare la rigenerazione del servizio pubblico (vero obiettivo del commissariamento, dal momento che i disavanzi regionali non hanno influenza sul debito pubblico in quanto determinano aumenti automatici, a ripiano dei disavanzi, delle aliquote regionali Irpef e Irap);

**2.** che non siamo di fronte a un vero commissariamento, per definizione straordinario, ma a uno stravolgimento istituzionale nel rapporto tra Governo nazionale e Governo regionale.

Il Commissariamento è lo strumento essenziale, indispensabile e fondamentale per gestire i default di parti basilari di servizio pubblico, pena

il fallimento dello Stato o della Regione nel suo insieme. Esso, però, per essere efficace, deve avere obiettivi e strumenti adeguati per la ristrutturazione del Ssr, essere veramente "tecnico" e rivolto a consegnare in tempi prefissati all'ente Regione un servizio pubblico aziendalizzato e risanato. Invece le performance regionali, che grazie al monitoraggio della spesa sanitaria del Tavolo "Massicci" sono ora decisamente più certe e trasparenti, evidenziano che lo strumento Piani di rientro e commissariamenti non agisce come vera leva di ristrutturazione aziendale dei Ssr. I Piani di rientro sono agiti come un insieme di adempimenti e non piani strategici, e portano di fatto a una deresponsabilizzazione rispetto ai risultati sanitari e alla qualità dei servizi, focalizzandosi al massimo sul miglioramento dell'equilibrio finanziario di breve periodo. Un sistema sanitario regionale in disavanzo strutturale deve soprattutto rimodulare la geografia dei propri servizi: chiudere ospedali piccoli e unità operative in sovrannumero, investire in cure intermedie e primarie, sviluppare il settore socio a parziale carico delle famiglie, definire chiaramente la missione di ogni azienda del sistema, pubblica e privata accreditata. Il risanamento richiede lo sviluppo di un management di sistema, in rete tra di loro e con la Regione, capace di attivare processi di sviluppo professionale, di crescita del senso di appartenenza di tutti i dipendenti, di definire un percorso ordinato e oculato di investimenti tecnologici e rinnovo infrastrutturale (riducendo il numero di presidi sanitari attivi). L'attuale meccanismo di governance dei commissariamenti impedisce invece la reale e profonda ristrutturazione dei sistemi. Occorrerebbe cambiare prospettiva:

**1.** assegnare il potere gerarchico a un vero commissario tecnico esterno al quale si diano pieni poteri sia sull'assessorato, sia sul governo delle Asl e degli ospedali, sia sulla stipula dei contratti con il privato accreditato e sulla gestione del contenzioso;

**2.** attribuire al commissario la scelta e la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie, con l'ausilio di definiti meccanismi meritocratici, per una durata pari al suo mandato;

**3.** indicare un tempo limitato per il commissariamento (3-4 anni) con obiettivi annuali sfidanti e realistici, rispetto ai quali il commissario ha pieni poteri nel rispetto delle norme costituite;

**4.** spostare il focus degli obiettivi dal solo taglio di spesa per singolo fattore produttivo alla rimodulazione dei servizi, alla crescita delle competenze dei professionisti e della qualità dei servizi, nel rispetto di realistici vincoli finanziari.

In altri termini, vanno assegnati più poteri diretti a un vero commissario, per meno tempo ma in un clima di stabilità istituzionale, per poi restituire l'esercizio delle prerogative di governo ai rappresentanti legittimamente eletti. In altri termini va ristabilita la fisiologia che assegna (i) alla politica il dovere di stabilire le regole generali, gli obiettivi, le risorse pubbliche a disposizione e (ii) alle "arti" sanitarie e manageriali la piena responsabilità della gestione e della qualità del servizio assicurato, in primo luogo, attraverso l'attuazione del principio etico e meritocratico tra i professionisti e gli attori del sistema. Inizialmente questi principi vengono gestiti nella relazione Governo nazionale-commissario; ristrutturato il sistema regionale (e non solo risanati i conti) gli stessi principi devono valere nella relazione presidente/Giunta-direttori generali.

**Gianni Giorgi**  
esperto management Servizio pubblico  
**Francesco Longo**  
docente Cergas Sda, Università Bocconi

Strumenti tecnici  
per rivedere i Ssr

L'UE HA AVVIATO LA PROCEDURA D'INFRAZIONE, SI RISCHIA UNA SANZIONE DA 3-4 MILIARDI

# Italia in mora sui debiti della Pa

*Tajani, abbiamo aspettato un anno ora basta. L'Italia ora ha cinque settimane di tempo per rispondere*

DI ELISABETTA ROVIS  
(MF-DOWJONES)

È stata avviata la procedura di infrazione dell'Unione europea contro l'Italia per il ritardo dei pagamenti della Pubblica amministrazione verso le imprese. Lo ha annunciato il vicepresidente della Commissione Ue, Antonio Tajani, spiegando che la prima lettera è stata spedita ieri pomeriggio: «L'Italia avrà cinque settimane per dimostrare che non c'è stata una violazione della Direttiva sui pagamenti; se non ci sarà una risposta positiva partirà la lettera di messa in mora».

La procedura, ha aggiunto Tajani, si riferisce «alla violazione degli articoli 4 e 7 della Direttiva sui ritardi dei pagamenti», che fissa in 30 giorni il termine massimo (in alcuni casi possono salire a 60). «Io non ho una visione punitiva della Commissione europea», ha aggiunto, «ma ho aspettato un anno prima di prendere questa decisione e ora serve un'inversione di tendenza». «Ora», ha detto ancora Tajani, «l'Italia rischia una sanzione pari a un anno di Imu» cioè circa 3-4 miliardi. «L'Italia», ha concluso Tajani, «ha detto di aver pagato 25 miliardi ma questa cifra rappresenta una minima parte di quanto si creda siano i debiti pregressi, a cui si aggiungono i nuovi che bisogna pagare».

La decisione di Tajani è arrivata dopo aver ricevuto i dati sui ritardi nei pagamenti forniti da realtà come Confartigianato, Ance e Assobiomedica. Il settore delle costruzioni, ha spiegato oggi il numero uno dell'Ance Paolo Buzzetti, «è il più danneggiato» e «i tempi dei ritardi sono intorno ai 7 mesi. Questo porta le imprese a ridurre il personale e le attività». La settimana scorsa Confartigianato aveva denunciato che la Pa italiana è «la più lenta in Europa nei pagamenti

alle imprese con una media di 170 giorni a fronte di una media europea di 61».

Il governo, ha detto il ministro per gli Affari europei, Enzo Moavero Milanesi, ribadisce l'impegno a «rispettare pienamente la direttiva Ue e a procedere al pagamento dei debiti pregressi». Il ministro ha sottolineato che «in Italia ci sono tempi di pagamento lunghi anche tra pri-



Antonio  
Tajani

vati. Ad ogni modo il governo si impegna a ridurre i termini di pagamento per quanto riguarda la Pa». L'apertura della procedura di infrazione è stata accolta con favore da Forza Italia: secondo il capogruppo alla Camera Renato Brunetta Tajani «ha perfettamente ragione a dare seguito ai rapporti di Confartigianato, Ance e Assobiomedica, confermati, tra l'altro, dalle dichiarazioni di domenica del presidente di Con-

findustria, Giorgio Squinzi, sui ritardi dei pagamenti delle Pa nei confronti delle imprese fornitrici di beni e di servizi per contratti

conclusi a partire dal 1° gennaio 2013. Ci dimostrino, Letta e Saccomanni, che in cinque settimane sono in grado di rispondere alle contestazioni della Commissione, come ha giustamente fatto notare il vicepresidente Tajani. Saremo i primi ad applaudire il governo».

Severo anche il giudizio di Confcommercio: «Non basta certo cambiare le norme, recepire direttive comunitarie o adottare provvedimenti speciali per sanare finalmente una parte dei debiti di vecchia data, senza peraltro fornire l'esatta entità del loro ammontare». (riproduzione riservata)

Quotazioni, altre news e analisi su  
[www.milanofinanza.it/tajani](http://www.milanofinanza.it/tajani)

## Ok allo statuto dell'Agenzia per l'Agenda digitale

«L'approvazione definitiva dello Statuto dell'Agenzia per l'Italia Digitale segna un passaggio importante per l'attuazione dell'Agenda digitale italiana definendo un processo di governance chiaro e stabile nell'azione dell'Agenzia e nell'indirizzo strategico della Presidenza del Consiglio». Lo ha affermato il commissario per l'attuazione dell'Agenda digitale, Francesco Caio, sottolineando che «già da mesi l'Agenzia è attiva e impegnata nell'attuazione delle priorità definite dalla Presidenza del Consiglio». Con la registrazione da parte della Corte dei Conti dello statuto e del decreto di trasferimento delle risorse, si porta

a compimento la fase di avvio del programma dell'Agenda Digitale e si formalizza l'assetto istituzionale per la sua attuazione. «La creazione di una governance chiara per l'Agenda digitale era una delle condizioni necessarie alla sua attuazione. Sono molto soddisfatto del fatto che, grazie alla fattiva collaborazione della segreteria generale della Presidenza del Consiglio e della stessa Agenzia, si sia riusciti a completare questo processo, introducendo nello statuto un comitato di indirizzo che garantirà l'allineamento tra la visione strategica della Presidenza del Consiglio e le priorità operative dell'Agenzia».

# Pagamenti Pa, contro l'Italia la procedura d'infrazione Ue

## La direttiva prevede 30 giorni come tempo massimo

**Marzio Bartoloni**

Nulla è cambiato. Anzi in qualche caso la situazione peggiora pure. La nostra Pa si conferma il peggiore pagatore in Europa: ci mette almeno 6-7 mesi per saldare le sue fatture - contro i 30 giorni che ci ha imposto l'Ue - e a volte supera abbondantemente i mille giorni, imponendo in alcuni casi alle imprese anche clausole "illegali" come la rinuncia agli interessi di mora. E così Bruxelles,

trà tradursi, alla fine del suo iter, nell'obbligo di pagare una multa. Un costo, questo della sanzione Ue, a cui si deve aggiungere quello più salato - previsto dal Dlgs 231/2012 che ha recepito la direttiva - che obbliga ogni Pa ritardataria a sborsare l'8,25% di interessi di mora sulle sue fatture: questo significa che il conto finale rischia di lievitare fino a raggiungere, secondo prime stime, i 3-4 miliardi di spesa in più in un anno.

La conferma che l'Italia sia finita formalmente nel mirino di Bruxelles è arrivata dal vice presidente Ue e commissario all'industria, Antonio Tajani, che dopo aver ricevuto venerdì i numeri di Confartigianato con la denuncia di tempi medi di pagamento a 170 giorni, ieri ha visto l'Ance che ha tratteggiato un quadro anche peggiore: le imprese del settore - spiega l'associazione dei costruttori - sono pagate sette mesi dopo l'emissione dello stato di avanzamento lavori (146 giorni oltre i termini fissati dalla legge) con punte che superano i due anni. E anche se nel secondo semestre del 2013 si è registrato un leggero calo dei tempi è ancora l'82% delle aziende di costruzioni a essere colpite dai ritardi. «Non ho un intento punitivo - ha spiegato ieri il commissario Ue - ho aspettato un anno e un mese, ma la situazione anziché migliorare è addirittura peggiorata». «In nessun altro paese i rapporti degli advisor sono stati così negativi», ha aggiunto Tajani che ieri

ha risposto anche al ministro dell'Economia, Fabrizio Saccomanni, che nei giorni scorsi aveva parlato di «evidenze di riduzioni significative» nei tempi dei pagamenti della Pa. Evidenze definite «difficilmente dimostrabili» da Tajani che lascia comunque uno spiraglio all'Italia: «Se sarà in grado di dimostrare entro 5 settimane la non violazione della direttiva, non ho problemi a chiudere la procedura». Per ora

il Governo aspetta di vedere le carte, come ha spiegato ieri il ministro per gli Affari europei: «Prima di tutto bisognerà vedere cosa ci chiederà esattamente la Commissione Ue», ha spiegato Enzo Moavero Milanesi che ribadisce l'impegno «a rispettare pienamente la direttiva Ue e a procedere a pagare i debiti pregressi». Un fronte sul quale si spera che darà una mano il servizio di supporto per la fatturazione elettronica - obbligatoria dal prossimo giugno - avviato ieri dal Mef.

L'Italia è al momento l'unico Paese sottoposto a una procedura d'infrazione sull'applicazione della direttiva (contro altri Paesi è finito nel mirino il recepimento delle norme come per Germania e Belgio, contro i quali l'Ue ha comunque chiuso la procedura). Il nostro Paese resta il peggior pagatore, seguito da Grecia e Spagna (159 e 155 giorni). L'Austria è la più virtuosa (solo 13 giorni) mentre la media Ue è di 61 giorni.

A strangolare le imprese costringendole a rinunciare alla liquidità non sono poi solo i ritardi. Ma anche le prassi inique imposte dalle Pa, come ha raccontato ieri il presidente Ance, Paolo Buzzetti: si va dalla richiesta a due terzi delle imprese di accettare pagamenti superiori ai 60 giorni all'invito a metà delle aziende di inviare in ritardo le proprie fatture fino all'esplicita richiesta di rinunciare agli interessi di mora (per il 17%).

**TAJANI**

«Nessun intento punitivo: se sarà dimostrata la non violazione della direttiva non avrò problemi a chiudere l'iter»

les, dopo tanti annunci, ha deciso di passare ai fatti: ieri è partito l'iter per la procedura di infrazione per la violazione della direttiva Ue sui tempi di pagamento che obbliga appunto ogni Pa a pagare entro un mese (60 giorni per le Asl e per casi specifici).

Adesso l'Italia avrà 5 settimane di tempo per rispondere alle contestazioni sul mancato rispetto delle norme europee (sul cui recepimento invece sembrano appianati tutti i nodi dei mesi scorsi). E se la risposta del nostro Governo non sarà soddisfacente si procederà con la messa in mora, il primo step ufficiale della procedura d'infrazione. Che poi

### L'ITER EUROPEO

**Per l'Italia 5 settimane per rispondere alle contestazioni**

■ Ieri la Commissione Ue ha avviato l'iter per la procedura d'infrazione con l'«Eu pilot», una lettera in cui contesta il mancato rispetto delle norme sui tempi di pagamento (nel mirino l'articolo 4 e 7 della direttiva). L'Italia ora ha 5 settimane per rispondere

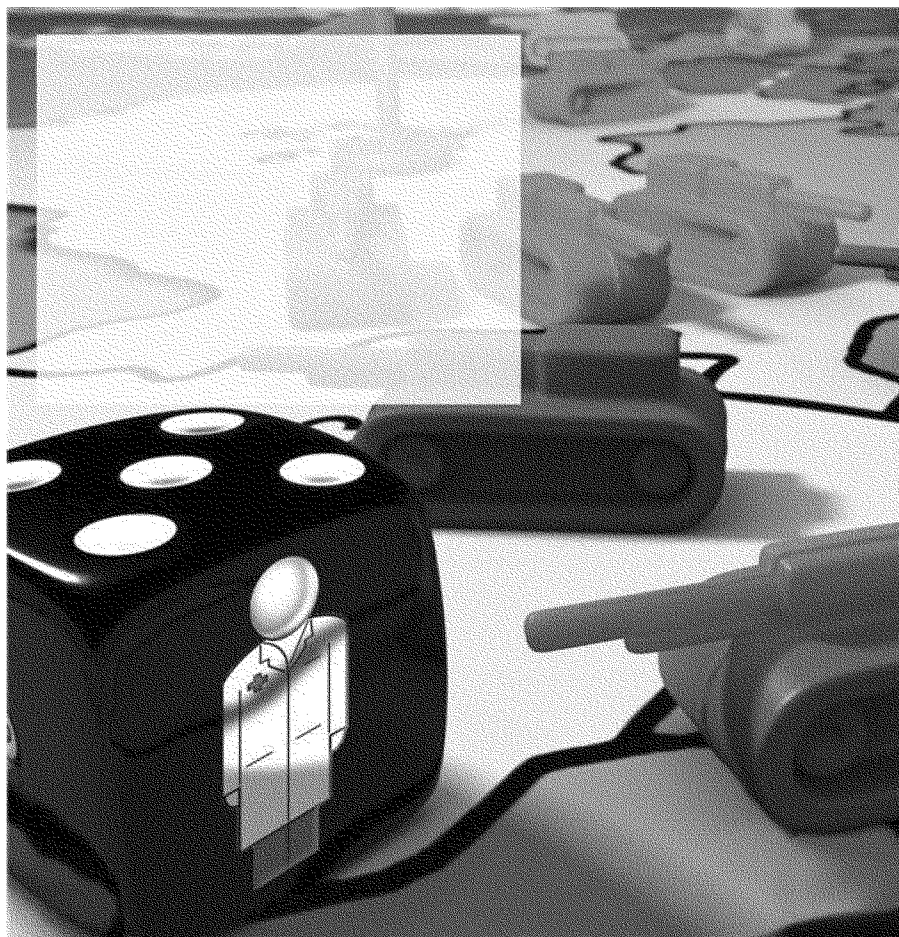
**Al via la procedura formale con la «messa in mora»**

■ La Commissione se non è soddisfatta apre la procedura formalmente con la lettera di messa in mora. Se l'Italia non si adegua si può aprire un contenzioso di fronte alla Corte di Giustizia Ue che in caso di sentenza favorevole alla Commissione obbligherà l'Italia a conformarsi. In caso di ulteriore violazione potrà scattare la sanzione pecuniaria

## Il grande risiko del personale Ssn

**I**n un solo anno il Ssn perde 9.805 unità di personale. E ai primi posti della riduzione ci sono (quasi) tutte Regioni in piano di rientro che di professionisti ne perdono tra il 3 e il 4%. Con l'altra faccia della medaglia nelle Regioni a statuto speciale dove invece il personale aumenta tra 0,30 e 2%.

A PAG. 22-23



*Analisi regionale degli organici dei dipendenti Ssn secondo i dati del conto annuale 2012*

# Personale a picco se c'è il deficit

**Fino a -4% nelle Regioni con piano di rientro - Aumenti in quelle a statuto speciale**

**I**n un anno il Ssn ha 9.805 unità di personale in meno (-1,4% in media), di cui 1.585 medici (con veterinari e odontoiatri, ma i medici sono il 93,4% della categoria). E ai pri-

mi posti per riduzione di personale ci sono (quasi) tutte Regioni in piano di rientro che di unità lavorative ne perdono tra il 3 e il 4 per cento circa. Con l'altra faccia della medaglia nelle Re-

gioni a statuto speciale dove invece il personale aumenta tra lo 0,30 e il 2 per cento.

È questo il quadro che emerge dall'analisi dei dati del conto annuale 2012 relativi alle singo-

le Regioni. E il calcolo è anche più pesante se invece delle singole unità di personale si considerano quelle "full time equivalent", cioè i dipendenti a tempo pieno e quelli in part time calcolati in

base al numero di mesi di servizio effettivo svolto: la riduzione raggiunge le 9.610 unità equivalenti con una forte accentuazione della perdita di operatori non sanitari.

**La situazione nelle Regioni.** Campania (-3,97%), Lazio (-3,61%), Puglia (-3,47%), Calabria (-3,43%), Molise (-3%) sono le Regioni (tutte in piano di rientro) in cui la riduzione di personale nel 2012 rispetto al 2011 ha superato il 3%. In queste cinque Regioni gli organici si sono ridotti di 6.160 unità, il 62,8% della perdita complessiva del Ssn e circa il 60% rispetto al totale degli organici in meno delle Regioni solo in perdita: 10.288 unità, riequilibrata dall'aumento di 283 operatori delle Regioni a statuto speciale.

**La situazione per categorie professionali.** Di medici ce ne sono in tutto il -1,29%, ma si va in un solo anno dal -4,4% della Puglia e -3,8% del Lazio (e -3,2% di Molise e 3,1% in Campania) al +3,3% di Sardegna e

3,1% in Valle d'Aosta (e 2,4% di Trento, +1,9% in Umbria e +1,7% di Friuli Venezia Giulia). Le perdite 2012 (in 12 Regioni) sono di -1.926 unità e gli "acquisti" (in 9 Regioni) di +341.

Più equilibrato il versante dei dirigenti sanitari non medici: in 11 Regioni se ne perdono 184, nelle altre dieci se ne guadagnano 181. E ancora una volta in testa alla riduzione ci sono due Regioni in piano di rientro, Puglia e Calabria, con il -4% circa, mentre sul versante opposto c'è stavolta anche una Regione in piano di rientro, il Molise, con il +11 per cento.

Ben più consistenti a livello di singole Regioni sono le riduzioni e gli aumenti dei dirigenti non sanitari.

Anche se numericamente inferiori a quelli sanitari (4.937 unità contro le 14.451 dei dirigenti sanitari) nel ruolo professionale ce ne sono il -33% in Molise e il -11% in Puglia (ma aumentano del +11% in Sicilia e del +10% in Abruzzo e a Trento), nel ruolo tecnico si riducono del -12% in Lombardia, mentre aumentano del +26% in Sardegna e nel ruolo amministrativo si riducono del -11% in Umbria, Marche e Lazio e aumentano del +8% in Valle d'Aosta.

E per quanto riguarda il comparto sanitario (infermieri, tecnici ecc.), le riduzioni maggiori sono del -3% circa nel 2012 rispetto al 2011 in Campania, Lazio, Puglia, Calabria, Molise e, unica Regione non in piano di rientro in questo caso, Marche, mentre gli aumenti sono più contenuti: +2% a Trento e +1,4% in Sardegna, Bolzano, Sicilia e Valle d'Aosta.

Discorso analogo alla dirigenza non sanitaria per il comparto non sanitario. Anche se i numeri sono a livello nazionale molto piccoli (in tutto 388 operatori), spariscono del tutto gli operatori professionali a Trento, mentre in Calabria si riducono del -49%, ma aumentano del +20%

in Sicilia.

Più contenuti i numeri del ruolo tecnico con il -7% della Campania e -6% di Molise, Calabria e Puglia e, uniche due Regioni a guadagnare, +2% a Trento e +1% in Umbria.

Infine il ruolo amministrativo del comparto: tranne Trento che registra il +1%, tutte le altre Regioni perdono unità (Campania in testa con il -5%) o restano invariate rispetto al 2011, come accade in Liguria, Sardegna, Valle d'Aosta e Bolzano.

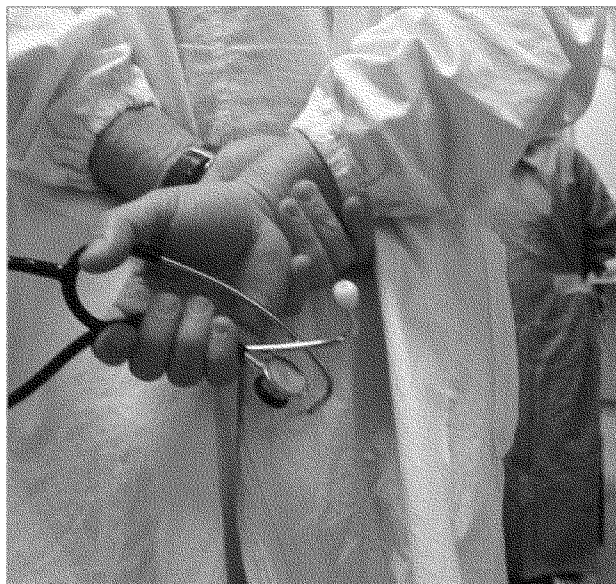
Paolo Del Bufalo

**N**ei singoli ruoli dei dipendenti del Ssn perdite e aumenti di personale seguono la divisione tra Regioni in piano di rientro, non in deficit e a statuto speciale soprattutto per i ruoli sanitari (medici, dirigenti sanitari non medici e personale del comparto sanitario: infermieri, ostetriche, tecnici sanitari e della riabilitazione), mentre le differenze diventano a macchia di leopardo per gli altri ruoli.

A livello percentuale, mentre in media la riduzione dei ruoli sanitari è di circa l'1%, quella dei ruoli non sanitari è sempre maggiore, tranne che per i dirigenti del ruolo professionale (avvocati, ingegneri, architetti, geologi) che mantengono un calo medio dell'1%, con il massimo in alcune Regioni in piano di rientro. La riduzione maggiore media la registrano gli operatori del ruolo professionale del comparto (assistenti religiosi e profili "atipici") che scendono del -8%, raggiungendo però il -100% a Trento, ma anche il +74% in Sicilia.

A seguire ci sono i dirigenti del ruolo amministrativo con una riduzione media del -4%, dovuta alle punte estreme del -11% nel Lazio, Marche e Umbria, mentre sul versante degli aumenti di personale di questo ruolo l'unica percentuale significativa (le altre sono al massimo dell'1%) è il +8% della Valle d'Aosta che però, in valori assoluti, si traduce in un solo dirigente in più.

Calo del 2% in media, invece, per il ruolo tecnico (assistenti sociali, operatori socio-sanitari, operatori tecnici addetti all'assistenza, ausiliari specializzati), che rappresentano la categoria più numerosa dopo quella del comparto sanitario e si riducono o restano stabili in tutte le Regioni tranne che a Trento (+2%) e in Umbria (+1%).



La classifica delle differenze di personale 2012-2011

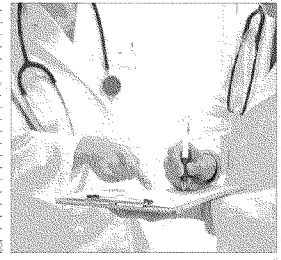
Regioni	Diff. tot. % 2012-2011	Diff. % medici	Diff. % dirigenti sanitari	Diff. % comparto sanitario	Regioni	Diff. tot. % 2012-2011	Diff. % medici	Diff. % dirigenti sanitari	Diff. % comparto sanitario
Campania	-3,97	-3,11	-3,16	-3,28	Sicilia	-0,71	-1,06	-1,63	1,28
Lazio	-3,61	-3,88	1,89	-3,25	Abruzzo	-0,66	-0,37	-1,16	0,00
Puglia	-3,47	-4,48	-4,28	-2,63	Emilia R.	-0,45	0,04	3,52	-0,72
Calabria	-3,43	-2,40	-4,08	-2,62	Veneto	-0,28	0,36	-1,21	-0,27
Molise	-3,00	-3,24	10,98	-2,55	Friuli V.G.	0,30	1,67	2,57	0,24
Marche	-2,31	-1,28	-2,74	-2,51	Umbria	0,36	1,97	5,67	-0,37
Basilicata	-1,74	0,71	-2,30	-1,97	Pa Bolzano	0,41	0,68	0,28	1,34
Piemonte	-1,62	-1,90	-2,57	-1,15	V. d'Aosta	0,74	3,12	-1,93	0,62
Liguria	-1,17	-2,02	5,21	-1,33	Sardegna	0,76	3,38	6,62	1,35
Toscana	-1,06	-1,89	-0,86	-0,77	Pa Trento	2,04	2,42	6,66	2,21
Lombardia	-0,83	-0,52	0,49	-0,94	<b>Totale</b>	<b>-1,41</b>	<b>-1,29</b>	<b>-0,02</b>	<b>-1,10</b>

Tutti gli aumenti e le perdite di personale nel

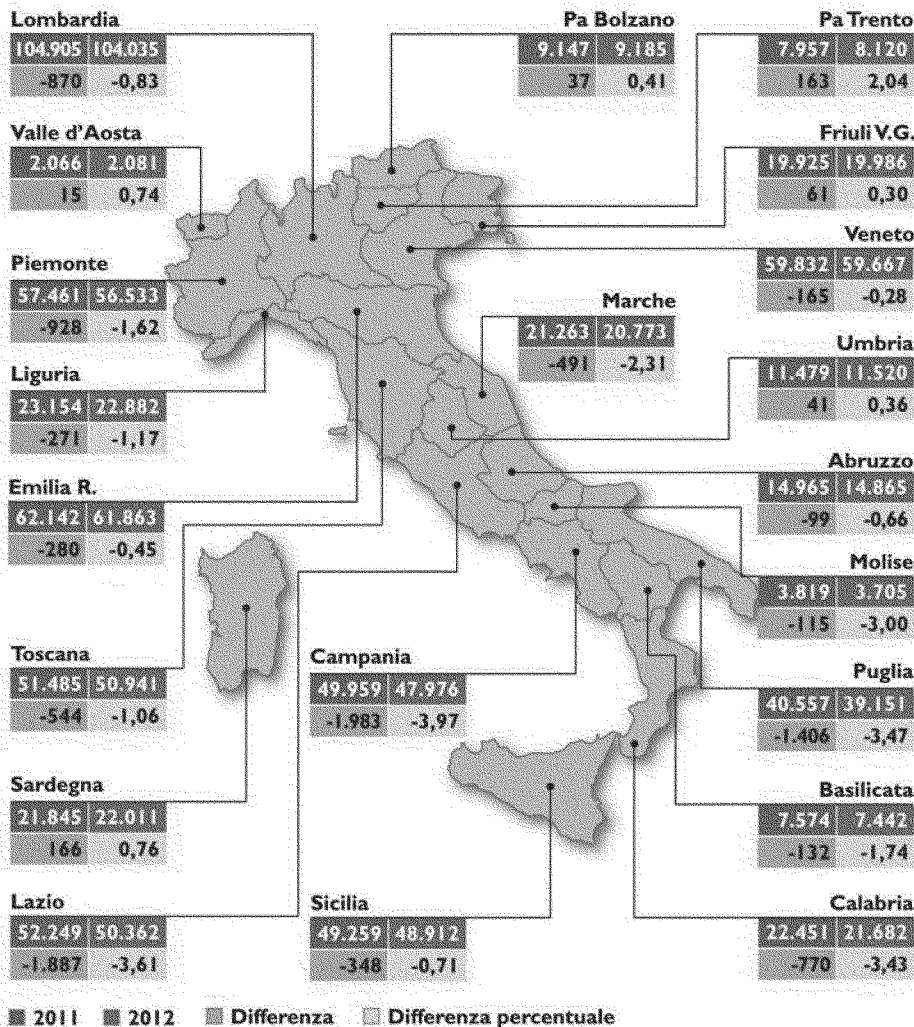
Regione	2011	2012	Differenza 2012-2011	Dif. %	Regione	2011	2012	Differenza 2012-2011	Dif. %
<b>1. Dirigenti medici</b>									
Piemonte	9456	9316	-180	-2	Piemonte	27.894	27.573	-321	-1
Valle d'Aosta	358	369	11	3	Valle d'Aosta	920	925	5	0
Lombardia	16.627	16.546	-81	-1	Lombardia	51.994	51.909	-85	-1
Pa Bolzano	1.014	1.021	7	1	Pa Bolzano	4.463	4.513	50	1
Pa Trento	1.057	1.083	26	2	Pa Trento	3.958	4.045	88	2
Veneto	8.442	8.473	31	0	Veneto	21.192	21.105	-85	0
Friuli V.G.	2.825	2.882	57	2	Friuli V.G.	10.815	10.849	35	0
Liguria	3.716	3.641	-75	-2	Liguria	12.330	12.165	-164	-1
Emilia R.	9.519	9.523	4	0	Emilia R.	33.311	33.092	-219	-1
Toscana	8.772	8.606	-166	-2	Toscana	27.590	27.385	-205	-1
Umbria	2.162	2.206	43	2	Umbria	6.234	6.301	67	1
Marche	3.459	3.441	-18	-1	Marche	11.172	10.992	-180	-3
Lazio	10.347	9.946	-401	-4	Lazio	27.691	26.792	-899	-3
Abruzzo	3.013	3.001	-12	0	Abruzzo	7.803	7.823	20	0
Molise	744	722	-22	-3	Molise	3.287	3.019	-268	-3
Campania	11.313	10.960	-352	-3	Campania	24.513	23.708	-805	-3
Puglia	7.787	7.438	-349	-4	Puglia	20.682	20.139	-543	-3
Basilicata	1.431	1.449	18	1	Basilicata	3.838	3.762	-76	-2
Calabria	4826	4.711	-116	-2	Calabria	10.268	9.999	-269	-3
Sicilia	11.261	11.142	-119	-1	Sicilia	22.801	22.364	-437	-2
Sardegna	4.845	5.009	164	3	Sardegna	10.759	10.905	145	1
<b>Totale</b>	<b>123.966</b>	<b>121.878</b>	<b>-2.088</b>	<b>-1</b>	<b>Totale</b>	<b>351.187</b>	<b>347.338</b>	<b>-3.849</b>	<b>-1</b>
<b>2. Dirigenti non medici</b>									
Piemonte	980	935	-45	-5	Piemonte	98	95	-3	-3
Valle d'Aosta	43	42	-1	-2	Valle d'Aosta	3	3	0	0
Lombardia	1.980	1.990	10	0	Lombardia	219	212	-7	-3
Pa Bolzano	230	231	1	0	Pa Bolzano	11	12	1	6
Pa Trento	116	124	8	7	Pa Trento	11	12	1	10
Veneto	557	546	-12	-2	Veneto	96	94	-2	-2
Friuli V.G.	391	401	10	3	Friuli V.G.	37	35	-2	-1
Liguria	492	517	26	5	Liguria	36	33	-3	-1
Emilia R.	1.224	1.267	43	4	Emilia R.	188	187	-1	-1
Toscana	974	965	-8	-1	Toscana	137	135	-2	-1
Umbria	240	253	14	6	Umbria	17	18	1	1
Marche	427	415	-12	-3	Marche	36	35	-1	-1
Lazio	1.426	1.453	27	2	Lazio	99	92	-7	-7
Abruzzo	231	228	-3	-1	Abruzzo	15	17	2	10
Molise	43	72	29	7	Molise	2	1	-1	-13
Campania	1.112	1.077	-35	-3	Campania	90	89	-1	-1
Puglia	524	485	-39	-7	Puglia	50	45	-5	-11
Basilicata	164	160	-4	-2	Basilicata	15	14	-1	-3
Calabria	564	541	-23	-4	Calabria	46	42	-4	-1
Sicilia	1.261	1.239	-22	-2	Sicilia	74	62	-12	-1
Sardegna	554	591	37	7	Sardegna	35	30	-5	-1
<b>Totale</b>	<b>14.454</b>	<b>14.451</b>	<b>-3</b>	<b>0</b>	<b>Totale</b>	<b>1.279</b>	<b>1.261</b>	<b>-18</b>	<b>-1</b>

2012 rispetto al 2011 per Regione e per profilo

Regione	2011	2012	Differenza 2012-2011	Dif. %	Regione	2011	2012	Differenza 2012-2011	Dif. %
<b>3. Comparto ruolo sanitario</b>									
Piemonte	36	35	-1	-3	Piemonte	11.089	10.824	-265	-2
Valle d'Aosta	2	2	0	0	Valle d'Aosta	4	4	0	0
Lombardia	36	37	1	2	Lombardia	21.180	21.001	-180	-1
Pa Bolzano	14	14	0	0	Pa Bolzano	2.162	2.137	-25	-1
Pa Trento	2	0	-2	-100	Pa Trento	1.844	1.876	32	2
Veneto	30	27	-3	-8	Veneto	12.391	12.369	-22	0
Friuli V.G.	4	3	-1	-14	Friuli V.G.	4.339	4.316	-23	-1
Liguria	13	12	-1	-8	Liguria	4.082	4.015	-67	-1
Emilia R.	6	7	+1	+7	Emilia R.	11.602	11.555	-46	0
Toscana	19	14	-5	-29	Toscana	9.241	9.167	-74	-1
Umbria	11	11	0	0	Umbria	1.826	1.829	3	0
Marche	6	8	2	33	Marche	4.004	3.925	-79	-2
Lazio	64	50	-14	-22	Lazio	6.399	6.078	-321	-5
Abruzzo	6	6	0	0	Abruzzo	2.383	2.339	-44	-2
Molise	2	2	0	0	Molise	444	407	-37	-8
Campania	46	40	-6	-12	Campania	7.108	6.598	-510	-7
Puglia	44	39	-5	-12	Puglia	6.877	6.495	-382	-5
Basilicata	3	3	0	0	Basilicata	1.435	1.400	-35	-2
Calabria	42	22	-20	-49	Calabria	3.448	3.442	-6	-1
Sicilia	27	46	19	74	Sicilia	8.036	7.673	-363	-4
Sardegna	12	12	0	0	Sardegna	3.503	3.321	-182	-5
<b>Totale</b>	<b>241</b>	<b>238</b>	<b>-3</b>	<b>-1</b>	<b>Totale</b>	<b>124.222</b>	<b>121.468</b>	<b>-2.754</b>	<b>-2</b>
<b>4. Comparto ruolo tecnico</b>									
Piemonte	41	43	2	5	Piemonte	236	229	-7	-3
Valle d'Aosta	2	2	0	0	Valle d'Aosta	6	7	1	8
Lombardia	88	78	-10	-12	Lombardia	427	427	0	0
Pa Bolzano	10	10	0	0	Pa Bolzano	49	43	-6	-13
Pa Trento	7	6	-1	-8	Pa Trento	20	19	-1	-5
Veneto	66	53	-13	-20	Veneto	203	203	0	0
Friuli V.G.	23	25	2	8	Friuli V.G.	81	82	1	1
Liguria	15	13	-2	-13	Liguria	44	40	-4	-9
Emilia R.	114	113	-1	-1	Emilia R.	255	257	2	1
Toscana	57	42	-15	-26	Toscana	168	162	-6	-4
Umbria	4	5	1	6	Umbria	31	26	-5	-11
Marche	38	33	-5	-13	Marche	112	99	-13	-11
Lazio	84	83	-1	-1	Lazio	204	182	-22	-11
Abruzzo	19	19	0	0	Abruzzo	39	37	-2	-5
Molise	10	10	0	0	Molise	21	20	-1	-5
Campania	201	212	11	5	Campania	119	104	-15	-13
Puglia	58	54	-4	-7	Puglia	152	139	-13	-9
Basilicata	30	30	0	0	Basilicata	26	25	-1	-2
Calabria	90	67	-23	-26	Calabria	102	96	-6	-6
Sicilia	91	93	2	2	Sicilia	177	217	40	23
Sardegna	19	23	4	26	Sardegna	85	86	1	1
<b>Totale</b>	<b>1.046</b>	<b>1.040</b>	<b>-6</b>	<b>-1</b>	<b>Totale</b>	<b>2.733</b>	<b>2.635</b>	<b>-97</b>	<b>-4</b>
<b>5. Comparto ruolo amministrativo</b>									
Piemonte	7.590	7.465	-125	-2	Piemonte	2.590	2.465	-125	-2
Valle d'Aosta	318	317	-1	0	Valle d'Aosta	318	317	-1	0
Lombardia	12.949	12.982	33	0	Lombardia	12.949	12.982	33	0
Pa Bolzano	1.184	1.188	4	0	Pa Bolzano	1.184	1.188	4	0
Pa Trento	943	955	12	1	Pa Trento	943	955	12	1
Veneto	6.962	6.996	34	0	Veneto	6.962	6.996	34	0
Friuli V.G.	3.823	3.777	-46	-1	Friuli V.G.	3.823	3.777	-46	-1
Liguria	3.410	3.358	-52	-2	Liguria	3.410	3.358	-52	-2
Emilia R.	5.921	5.903	-18	-1	Emilia R.	5.921	5.903	-18	-1
Toscana	4.541	4.464	-77	-2	Toscana	4.541	4.464	-77	-2
Umbria	962	950	-12	-1	Umbria	962	950	-12	-1
Marche	3.923	3.904	-19	-1	Marche	3.923	3.904	-19	-1
Lazio	5.935	5.586	-349	-6	Lazio	5.935	5.586	-349	-6
Abruzzo	437	437	0	0	Abruzzo	437	437	0	0
Molise	259	253	-6	-2	Molise	259	253	-6	-2
Campania	5.339	5.090	-249	-5	Campania	5.339	5.090	-249	-5
Puglia	3.983	3.918	-65	-2	Puglia	3.983	3.918	-65	-2
Basilicata	639	638	-1	0	Basilicata	639	638	-1	0
Calabria	2.992	2.766	-226	-8	Calabria	2.992	2.766	-226	-8
Sicilia	6.111	5.954	-157	-3	Sicilia	6.111	5.954	-157	-3
Sardegna	2.034	2.030	-4	0	Sardegna	2.034	2.030	-4	0
<b>Totale</b>	<b>75.070</b>	<b>73.633</b>	<b>-1.437</b>	<b>-2</b>	<b>Totale</b>	<b>75.070</b>	<b>73.633</b>	<b>-1.437</b>	<b>-2</b>



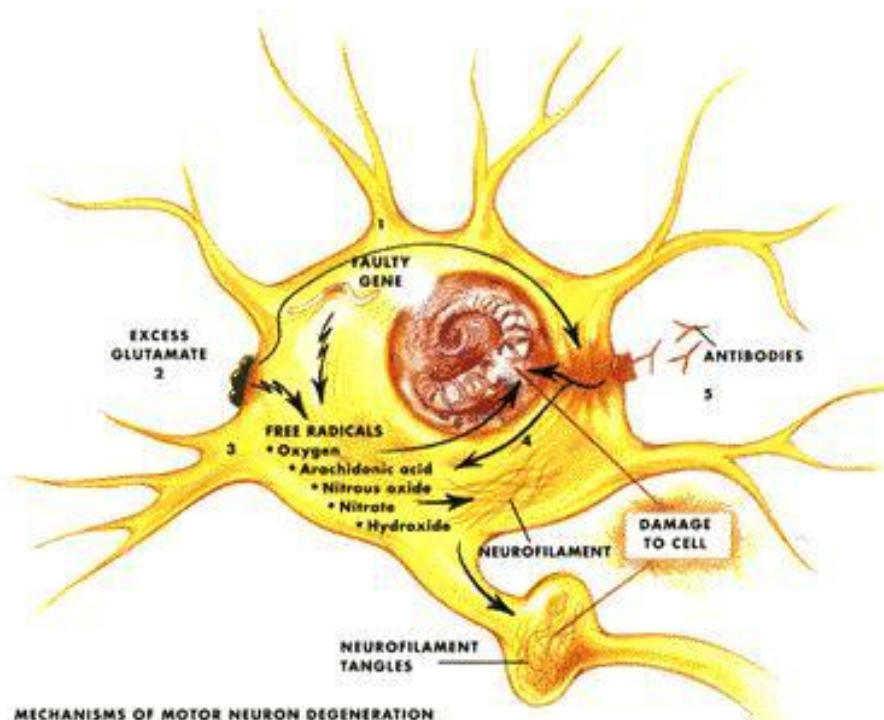
La situazione complessiva 2012 per Regione e le differenze con il 2011





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



MECHANISMS OF MOTOR NEURON DEGENERATION

**RICERCA** Scienziati napoletani nell'équipe che ha scoperto la causa di un cancro incurabile

## Ecco la proteina che provoca il tumore

**NAPOLI.** Il glioblastoma è il tumore del sistema nervoso centrale più frequente e maligno: al momento né la chirurgia né la

chemio o radioterapia riescono a curarlo. Per questo è ancora più importante la scoperta di due particolari pro-

teine che avviano e provocano la crescita del glioblastoma, realizzata nei laboratori della McGill University di Montreal in Canada e che vede come primo autore Alessandro Perin dell'Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano. Secondo i ricercatori, queste due proteine «potrebbero divenire in futuro bersagli di nuove terapie antitumorali che mirino a disattivarle». Alla scoperta oltre che l'ospedale di Treviso, ha collaborato l'Istituto di genetica e biofisica di Napoli, ed è appena stata pubblicata dalla rivista Nature Communications. Come spiegano gli scienziati, le due proteine individuate «agiscono su uno specifico gruppo di cellule di differenti tipologie da cui parte lo sviluppo del glioblastoma e che

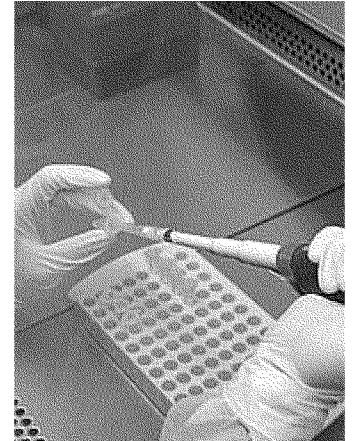
ne costituisce il primo nucleo. Tali cellule, tra cui vi sono anche le cellule staminali tumorali, hanno la capacità di portare al

lo sviluppo del tumore anche quando sono poco numerose. Proprio per tale ragione sono spesso la causa delle re-

cidive di questa patologia anche dopo interventi chirurgici, radioterapia e chemioterapia».

*Si potranno  
rivoluzionare le terapie e  
curare una malattia  
considerata letale*

«Le due proteine - spiega Perin - si chiamano FoxG1 e Groucho/Tle, e come dei veri e propri interruttori accendono e spengono l'espressione e quindi l'azione di numerosi geni: per questo aver scoperto il loro ruolo apre a diverse possibilità terapeutiche. È importante sottolineare che, sebbene sia un passo importante, non è ancora una cura e che quindi andranno ancora sviluppati ulteriori studi prima di un eventuale applicazione in pratica clinica».



## LA RICERCA

### Cancro al cervello, due nuovi bersagli

Da oggi sono più chiari i meccanismi di proliferazione delle cellule responsabili dello sviluppo e delle recidive del glioblastoma, il più aggressivo e letale tra i tumori del cervello. I ricercatori hanno infatti individuato due particolari proteine che avviano la crescita del tumore e che potrebbero divenire bersagli di nuove terapie che mirino a "disattivarle", fermando così la neoplasia.

La scoperta è stata realizzata nei laboratori della McGill University di Montreal, in Canada, ma lo studio parla anche italiano. Sia perché il primo autore è Alessandro Perin, oggi neurochirurgo nell'Istituto neurologico Besta di Milano, sia perché tra i centri che hanno collaborato alla scoperta ci sono anche l'Ospedale di Treviso e l'Istituto di genetica e biofisica "Adriano Buzzati Traverso" di Napoli, oltre all'Hotchkiss Brain Institute dell'Università di Calgary (Canada). Le due proteine individuate, note come "fattori di trascrizione" chiamati "Foxg1" e "Groucho/Tle", «come dei veri e propri interruttori, accendono e spengono l'espressione e quindi l'azione di numerosi geni – spiega Perin – : per questo, aver scoperto il ruolo di questi due fattori di trascrizione apre diverse possibilità terapeutiche». Tuttavia, avverte il neurochirurgo, «è importante dire che, sebbene sia un passo importante, non è ancora una cura e che quindi andranno ancora sviluppati ulteriori studi prima di un eventuale applicazione in pratica clinica».

Il glioblastoma rappresenta circa il 15% di tutti i casi di tumore cerebrale. La sopravvivenza media a questo tipo di neoplasia è purtroppo inferiore, in media, ai due anni. **(V. Sal.)**

**LA NOVITA'**

## Ricerca, nuovi farmaci contro il cancro

Nuove opportunità nella cura del cancro al seno in fase avanzata. Di questo si è parlato nel corso di una giornata promossa da Novartis e dedicata ad un farmaco, l'Everolimus, che apre a nuovi scenari terapeutici. Stando agli studi clinici il farmaco è capace di raddoppiare la sopravvivenza libera da progressione, con un buon profilo di tollerabilità e una buona qualità di vita. Si apre così la strada a nuove prospettive per migliaia di donne, spesso giovani e professionalmente attive che combattono contro un tumore al seno in fase avanzata.

## La terapia

Una molecola disponibile anche in Italia: everolimus. "Prospettive migliorate"

# Tumore avanzato al seno ora c'è un nuovo farmaco



### LO STUDIO

Si chiama "Bolero-2" lo studio che ha testato la capacità del farmaco



### I CENTRI

Nello studio sono stati coinvolti 189 centri specialistici di 24 paesi

L'ANNUNCIO è stato dato a Napoli. In 350 specialisti arrivati per conoscere l'ultima frontiera della terapia del tumore al seno in fase avanzata che si chiama "everolimus". Il farmaco, disponibile oggi anche in Italia e appena approvato per il commercio, è il primo mirato, positivo al recettore per gli estrogeni e Her2 negativo. Allo sviluppo della molecola hanno contribuito vari centri di eccellenza italiani, alcuni premiati durante il congresso "Change the beat" che si è concluso sabato scorso. La molecola, che si somministra per via orale ed è già in uso per altri tipi di cancro, va associata in combinazione con un altro farmaco, l'exemestane. I risultati degli ultimi studi clinici hanno dimostrato che - grazie a



Michelino de Laurentiis

questo protocollo associato - il periodo di tempo libero da progressione della malattia è raddoppiato, mentre è migliorata la qualità di vita delle pazienti. «In Italia oggi tra 120 e 150 mila don-

ne lottano contro questo tumore in fase avanzata, circa 45 mila ogni anno si ammalano di tumore al seno e quasi 12 mila sviluppano nel tempo la forma avanzata - rivela Michelino De Laurentiis, direttore di Oncologia senologica del Pascale - Le prospettive sono migliorate grazie alla conoscenza dei meccanismi molecolari, all'identificazione dei diversi sottotipi e a terapie mirate contro specifici bersagli molecolari». «Il nuovo farmaco da un lato rallenta la crescita e la diffusione del tumore, dall'altro indebolisce la resistenza del tumore alla terapia ormonale», aggiunge Sabino De Placido, ordinario di Oncologia medica alla Federico II.

(g. d. b.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Disturbo bipolare

## Il farmaco da solo non basta Psicoterapia per evitare ricadute

FRANCESCO CRO \*

**U**na crescente mole di osservazioni indica che la sola terapia farmacologica non è sufficiente ai fini di una gestione ottimale del disturbo bipolare. Lo psichiatra John Geddes e lo psicologo David Miklowitz, del Dipartimento di psichiatria dell'università di Oxford, in un articolo pubblicato su *Lancet* hanno analizzato i più recenti sviluppi nel campo del trattamento del disturbo bipolare, sottolineando che i progressi della terapia farmacologica negli ultimi anni sono stati piuttosto modesti e che le vere novità provengono dall'ambito dei trattamenti psicosociali. Il disturbo bipolare, che colpisce circa il 2% della popolazione mondiale, mentre un altro 2% è affetto da forme cliniche più lievi o sottostoglie, è caratterizzato dall'alternanza di stati di depressione e di euforia patologica (mania) e da un elevato numero di ricadute: si calcola che un paziente su due

possa andare incontro, nonostante la terapia farmacologica, a una riacutizzazione entro due anni dall'episodio trattato.

Gli approcci psicologici partono dall'evidenza che diversi fattori stressanti, come la conflittualità in famiglia, gli eventi negativi della vita, le perturbazioni del ciclo sonno-veglia o l'eccessiva pressione verso il raggiungimento di obiettivi sono associati a peggioramenti o ricadute della sintomatologia. La psicoterapia del disturbo bipolare (associata al trattamento farmacologico) si propone di aiutare i pazienti (e in caso, loro familiari) a sviluppare strategie efficaci per la gestione dello stress e la prevenzione delle crisi. Se nella depressione si può quasi sempre affiancare da subito al trattamento farmacologico una psicoterapia, negli episodi di euforia questo è in genere possibile solo quando si attenua la sintomatologia acuta. La psicoterapia può essere individuale o di gruppo e può essere focalizzata sugli stati emotivi, relazioni

familiari o ritmi di vita.

Il gruppo di ricerca sui disturbi bipolari dell'università di Barcellona ha sviluppato un originale ed efficace approccio di gruppo, articolato in ventuno sedute settimanali, nelle quali una decina di pazienti si incontrano regolarmente con la supervisione di due o tre terapeuti esperti. Negli incontri vengono affrontati i temi della consapevolezza di malattia, dell'importanza delle cure farmacologiche, del riconoscimento tempestivo delle ricadute e del mantenimento di uno stile di vita regolare, fondamentale per la prevenzione degli episodi, spesso innescati da strapazzi o irregolarità del ritmo del sonno.






Gli stessi ricercatori spagnoli hanno osservato un significativo miglioramento prognostico nei pazienti che hanno frequentato i gruppi di riparazione cognitiva funzionale, basati su esercizi di potenziamento della memoria, dell'attenzione, delle capacità di ragionamento e organizzazione concettuale e delle abilità di pro-

blem solving. Geddes e Miklowitz raccomandano che i servizi di salute mentale si dotino di protocolli psicoterapeutici di provata efficacia e di durata contenuta nel tempo per un aiuto duraturo e miglioramenti tangibili.

\*Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale, Viterbo

Il caso dei gruppi di riparazione cognitiva funzionale a Barcellona

Uno studio su *Lancet* sottolinea i modesti progressi nell'utilizzo dei trattamenti con pillole nelle fasi depressive e maniacali: lo stile di vita irregolare porta riacutizzazioni in mancanza di supporto psicologico. L'esperienza spagnola

 <p><b>LA SCHEDA</b></p>	 <p><b>LA PATOLOGIA</b> È un disturbo grave dell'umore che alterna fasi maniacali a quelle depressive senza alcuna ragione apparente</p>	 <p><b>LE TIPOLOGIE</b> Il disturbo può avere (tipo 1) solo episodi maniacali; oppure misti o alternati con stati depressivi (tipo 2) Il disturbo ha in genere un decorso cronico</p>	 <p><b>I DATI</b> Si stima che questo disturbo colpisca una persona su 100 Il primo episodio in età adolescenziale o giovani adulti, in forme diverse più o meno acute</p>	 <p><b>LE CURE</b> Si usano farmaci per la stabilizzazione dell'umore e anti-depressivi sotto controllo dello specialista, associati a psicoterapia per ridurre le ricadute</p>
---	---	--	---	--

**LO STUDIO**

## Meno rischio d'infarto sia con gli omega 3 che con i 6

**U**n'alimentazione ricca di entrambe le classi principali di acidi grassi polinsaturi (omega-3 e omega-6) si associa ad una significativa riduzione del rischio coronarico. Lo ha dimostrato lo studio Age-Im condotto da Nutrition Foundation of Italy (Nfi), facendo cadere l'ipotesi secondo cui l'assunzione corretta dei polinsaturi debba rispettare un rapporto omega-6/omega-3 da mantenere il più basso possibile. Lo studio è stato condotto col supporto di 5 Unità di terapia intensiva coronarica (Bologna, Cremona, Ancona, Napoli, Palermo). I ricercatori hanno misurato nel sangue vari acidi grassi in circa 100 soggetti colpiti di recente da infarto e in

altrettanti soggetti sani. È emersa una riduzione del rischio di infarto fino all'85% per maggiori introiti, con la dieta, di omega-6 (presenti in alcuni oli vegetali e nella frutta secca), e fino al 65% per livelli più elevati di omega-3 (di cui sono ricchi alcuni vegetali e il pesce). Pubblicato online su *Atherosclerosis*, lo studio ha messo in luce che i benefici apportati dalle due categorie di acidi grassi polinsaturi si sommano, mentre ha confermato come i grassi saturi, tipici di molti alimenti di origine animale, siano invece più presenti nel sangue dei soggetti colpiti da infarto rispetto ai soggetti del gruppo di controllo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Morbo di Crohn

All'leo scoperto un malfunzionamento dei macrofagi che analizzano il cibo per verificare che non vi siano al suo interno nemici come batteri o virus. Sono loro alla base del sistema immunitario: attivano i meccanismi di difesa spingendoli ad aggredire la mucosa digestiva

## Gli errori delle cellule-sentinella Fari sui falsi allarme nell'intestino

MICHELE BOCCI

**S**tanno sulle pareti dell'intestino e con un "braccio" prelevano frammenti di cibo e lo analizzano, bloccando o dando il via libera alla reazione del sistema immunitario. In una ricerca pubblicata su *Immunity* dal gruppo di immunoterapia dell'Istituto Oncologico Europeo (Ieo) di Milano ci possono essere le basi per affrontare con maggiore efficacia le malattie infiammatorie intestinali, come il morbo di Crohn, il colon irritabile, la colite ulcerosa, oltre al cancro al colon.

È stata Maria Rescigno, brillante ricercatrice e responsabile dell'Unità di immunoterapia dell'Ieo, ad approfondire quello che fanno i macrofagi. Ha scoperto alcune nuove caratteristiche di queste cellule, oltre al noto ruolo nell'omeostasi, e specificato meglio di cosa si occupano. In pratica realizzano un campionamento del bolo che arriva nell'intestino. Lo analizzano e chiariscono se contiene pericoli per l'organismo, come virus e batteri, oppure no. Passano poi l'informazione ad altre cellule, le dendritiche, che vanno nei linfonodi dell'intestino dove attivano un meccanismo di tolleranza o di attacco agli alimenti. Se i macrofagi non funzionano, il sistema immunitario può scatenarsi anche contro dei cibi innocui. «Anche le intolleranze alimentari e le allergie possono essere legate a questo meccanismo - spiega Rescigno - coinvolto nelle infiammazioni croniche, alla base di varie patologie».

Se si riuscisse ad agire sui macrofagi, evitando che passino informazioni sbagliate ai linfonodi, milioni di persone potrebbero essere curate in modo efficace. «Bisogna riuscire a modificare le

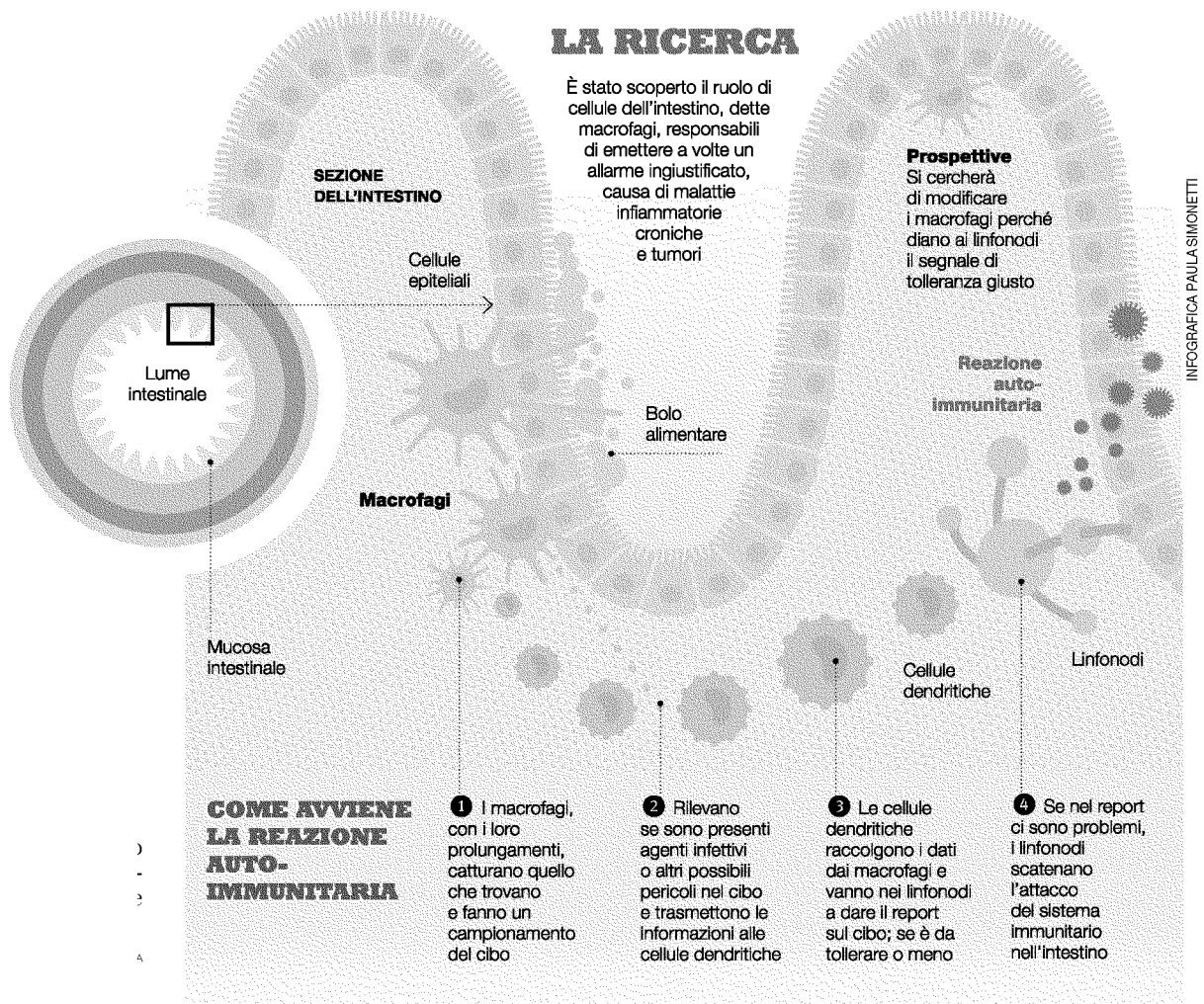
cellule perché non sbagliano durante il processo che porta alla tolleranza dei cibi», dice ancora la ricercatrice dell'Ieo. Dopo aver pubblicato l'ultima ricerca ha proseguito lo studio della biologia delle cellule dell'intestino e adesso cerca di capire come macrofagi e dendritiche si comportano di fronte alle infezioni e come fanno i tumori a «bluffare» per non farsi riconoscere dal sistema immunitario e quindi proliferare indisturbati.

Rescigno lavora in un settore, l'immunoterapia, che di recente è stato definito il più promettente nel campo della lotta ai tumori dalla rivista *Science*. Si tratta di una delle frontiere della ricerca dalla quale si attendono i risultati più interessanti per la cura del cancro. «Perché si ripongono tante speranze sull'immunoterapia? Perché agire sul sistema immunitario - spiega Rescigno - vuol dire agire in modo specifico. Mentre i chemioterapici colpiscono tutte le cellule, danneggiando anche quelle sane, il sistema immunitario agisce solo su quelle tumorali. Si tratta di una terapia altamente specifica, che già adesso può essere utilizzata, per fare alcuni ese-

pi, contro il melanoma, i tumori alla prostata e al polmone. E non è detto che l'immunoterapia debba essere una soluzione unica. Oggi viene usata in combinazione con chemioterapici e altri farmaci. Inoltre genera una risposta basata anche sulla memoria immunologica. Vuol dire che il sistema immunitario ricorda di aver agito contro un tumore e continua a combatterlo, se si ripresenta, anche a distanza di anni. Un bel vantaggio».

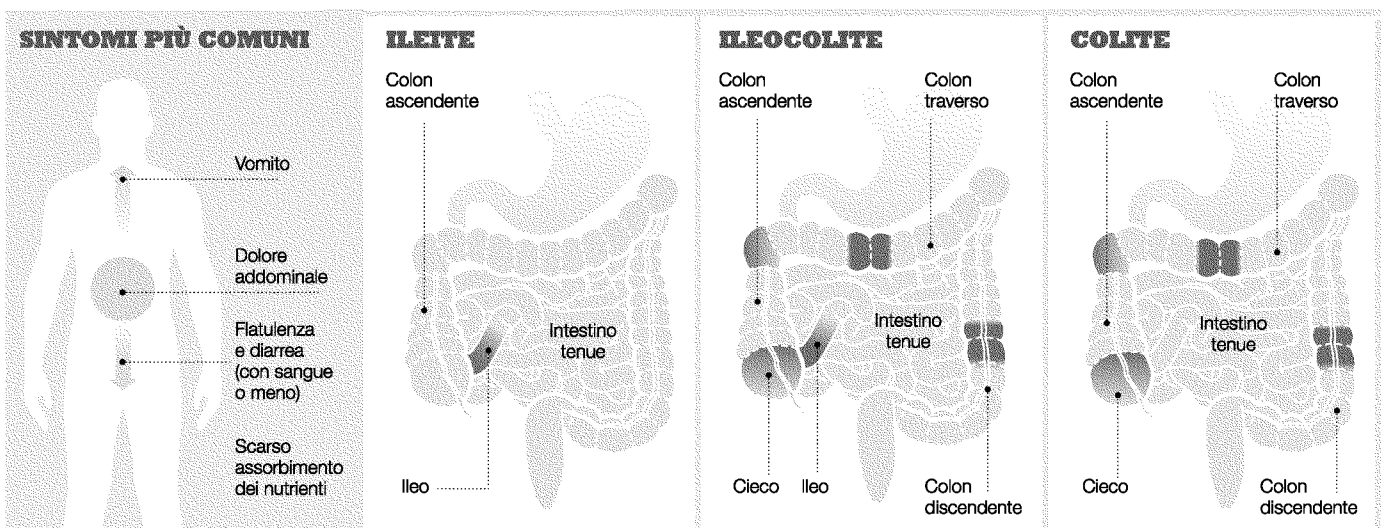
Ma ci sono anche note dolenti. In Italia purtroppo non si sta investendo abbastanza su una ricerca fondamentale come quella in questo settore. «Ci sono solo alcuni gruppi molto ingamba, in città come Forlì e Siena, oltre che a Roma e Milano, che lavorano sull'immunoterapia. Ma si tratta di troppo pochi centri. Rischiamo di restare indietro, fare da fanalino di coda in Europa», denuncia Rescigno. Altri paesi, come Francia, Germania e adesso anche Inghilterra, stanno investendo molto sulle ricerche e le applicazioni in questo campo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**MORBO DI CROHN LE TIPOLOGIE**

Zone dove più frequentemente si manifesta l'infiammazione e le lesioni

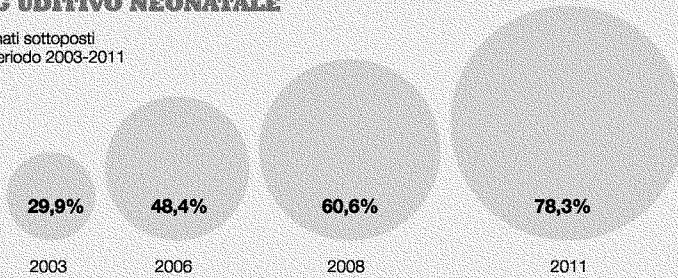


FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE

**SCREENING Uditivo NEONATALE**

Percentuale di neonati sottoposti ai test in Italia nel periodo 2003-2011

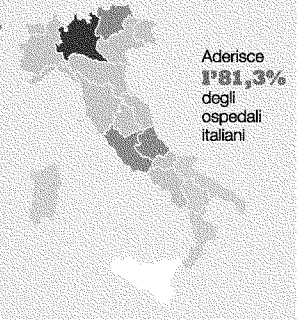
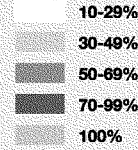
**FONTE:**  
 OSSERVATORIO  
 DISABILITÀ  
 DEL DIPARTIMENTO  
 DI SCIENZE  
 BIOMEDICHE ISFOI-  
 ISTITUTO ITALIANO  
 MEDICINA SOCIALE



**COPERTURA**

Dati a dicembre 2011

LEGENDA



Un ricevitore di suoni e uno stimolatore del nervo acustico  
 È l'impianto cocleare, sempre più piccolo ed efficiente,  
 la soluzione per le sordità gravi. I centri di eccellenza in Italia

**L'IMPIANTO COCLEARE**

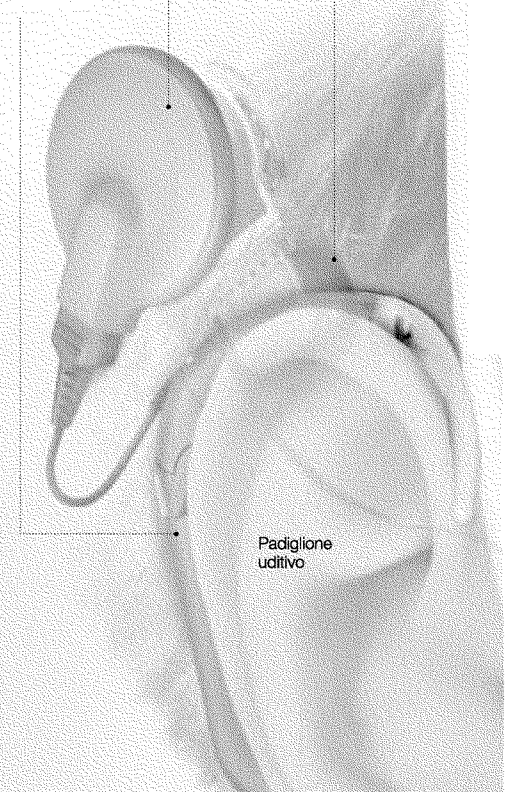
Si esegue in pazienti affetti da perdite uditive neurosensoriali da gravi a profonde

È composto di una parte interna (impiantabile) e altra esterna (processore o elaboratore del linguaggio)

**Udito**

Un orecchio bionico sta per abbattere il muro del silenzio

- 1 Il processore capta le onde sonore con un microfono, le traduce in energia elettrica prima e in segnali digitali dopo e le invia all'antenna
- 2 L'antenna, grazie a una trasmissione radio, invia il segnale elaborato attraverso la cute al ricevitore-stimolatore
- 3 Il ricevitore-stimolatore converte questi segnali in impulsi elettrici e li ripartisce agli elettrodi intracoclearari



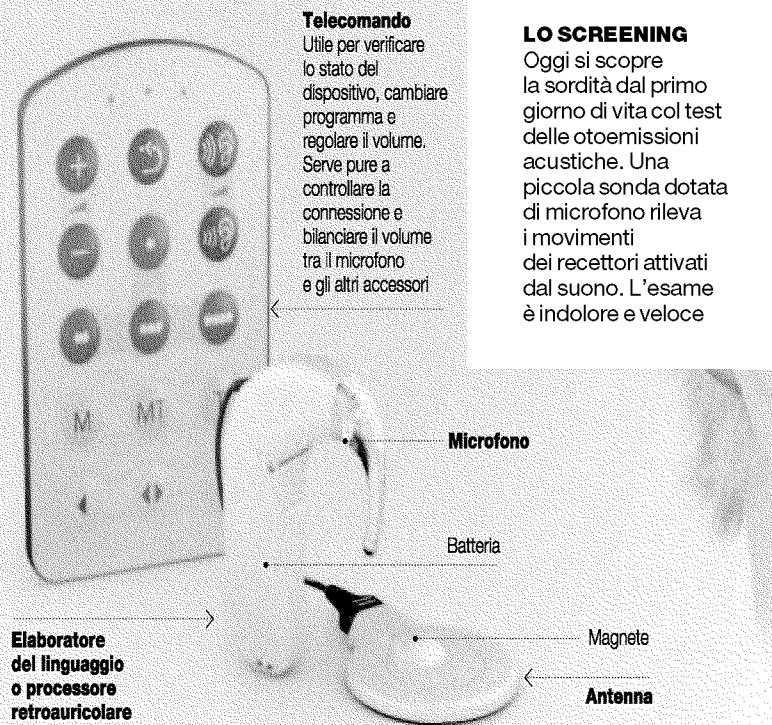
## MARIA PAOLA SALMI

**C**aia è nata a Forlì nel 2008, tra qualche giorno compirà sei anni e per la prima volta potrà sentire le voci di mamma e papà augurarle buon compleanno. La sua vicenda di bimba non udente grave, iniziata con la nascita, a causa di una rara malattia genetica chiamata connexina 26 variante 35 del G, si è conclusa con successo il 6 dicembre scorso grazie all'impianto cocleare eseguito nel centro audiologico dell'ospedale di Carpi. Una storia molto simile a quella di Sara, 9 anni sorda profonda in conseguenza di una meningite, di Giorgia che a 22 mesi ha subito pure un trapianto di cuore e di migliaia di altri bambini nati con sordità profonda o divenuti non udenti a causa di infezioni, di sofferenze perinatali o fattori ambientali di varia natura.

In Italia 1 nuovo nato su 1.000 (nel Lazio oltre 60 neonati all'anno, nel paese 500 ogni anno) è affetto da sordità grave o profonda e la probabilità che questo accada è cinque

## LA PARTE ESTERNA

Costituita da microfono, processore o elaboratore del linguaggio e antenna. L'utente dispone anche di un telecomando



### Telecomando

Utile per verificare lo stato del dispositivo, cambiare programma e regolare il volume. Serve pure a controllare la connessione e bilanciare il volume tra il microfono e gli altri accessori

### LO SCREENING

Oggi si scopre la sordità dal primo giorno di vita col test delle otoemissioni acustiche. Una piccola sonda dotata di microfono rileva i movimenti dei recettori attivati dal suono. L'esame è indolore e veloce

Elaboratore del linguaggio o processore retroauricolare

Microfono

Batteria

Magnete

Antenna

FONTI: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / MED-EL / NUCLEUS / SOCIETÀ ITALIANA DI OTORINOLARINGOLOGIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE (SIC)

Ogni anno nascono 500 bambini con incapacità di sentire grave o profonda pari a uno ogni mille neonati

volte superiore nei neonati a rischio (basso peso alla nascita, sofferenze fetali, malformazioni, infezioni materne). Per i piccoli, ma anche per gli adulti e gli anziani, la speranza di uscire dal silenzio e dall'isolamento è l'orecchio bionico.

«L'impianto cocleare sostituisce la funzione della coclea, una piccolissima struttura dell'orecchio interno che in condizioni normali invia le onde sonore sotto forma di stimoli elettrici al nervo acustico che le trasmette a specifiche aree corticali del cervello, l'organo che in realtà "sente" ed elabora in precise sensazioni acustiche gli impulsi – dice il dottor Maurizio Negri, dirigente medico di primo livello della UO di ORL dell'ospedale di Carpi – quando la coclea non funziona si impianta chirurgicamente un ricevitore-stimolatore miniaturizzato costituito da una piccola antenna con una serie di coppie di elettrodi collegati ad un'altra antenna posta sotto pelle dietro l'orecchio».

In vent'anni tanti sono stati i progressi in fatto di impianti cocleari. «Dopo aver superato mille difficoltà, paure e remore di ogni tipo, gli impianti cocleari si sono evoluti – racconta il dottor Pasquale Marsel-

la, responsabile del Centro impianti cocleari dell'ospedale Bambino Gesù di Roma - dall'elettrodo monocanale siamo passati agli elettrodi pluricanali, alla miniaturizzazione estrema che ottimizza la resa dell'impianto; gli interventi sono miniminvasivi al massimo e i tempi chirurgici ridotti con una ripresa ottimale, i centri sono aumentati, in Italia ve ne sono una decina, almeno 3 o 4 di eccellenza».

Però non mancano le criticità. Gaia, racconta la mamma Stefania, ha avuto un percorso diagnostico non facile: dall'ipoacusia al ritardo del linguaggio fino all'accertamento di una normalità uditiva. Tanti viaggi e speranze disattese, persino lo stato di sordo civile non si è ancora risolto come spetta di diritto alla piccola, poi finalmente il sostegno dell'Associazione affrontiamo la sordità insieme (ASI).

Il fatto è che per arrivare all'impianto cocleare occorre una diagnosi precisa e molto precoce. «Tra gli 8 e i 10 mesi di vita nella fase preverbale, solo così l'efficacia è totale – sottolinea il dottor Marsella – la finestra ideale per procedere è tra i 12

e i 18 mesi, in pratica il sospetto di sordità grave deve avvenire attorno ai quattro-sei mesi di vita, questo permette di applicare una protesi acustica ed osservare per circa 6 mesi insieme al logopedista come evolve il linguaggio per poi intervenire chirurgicamente subito dopo la diagnosi certa».

Un'altra criticità è rappresentata dallo screening uditivo neonatale obbligatorio in molti punti nascita del Nord, un po' meno diffuso al centro (la regione Lazio proprio in questi giorni lo ha reso obbligatorio) carente al Sud e nelle isole. «Manca l'organizzazione – sottolinea Marsella – le strutture di I livello dovrebbero scremare e inviare ai centri di II e III livello i casi complessi, si eviterebbero le liste d'attesa».

E poi potrebbe essere molto utile accorpate i Centri per ottimizzare il lavoro e accumulare esperienza con team plurispecialistici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA