



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La proposta Dopo i tagli le Regioni al tavolo tecnico chiedono lo stop allo sgravio automatico per le prestazioni sanitarie

Ticket, scontro sulle esenzioni per gli over 65

**Chiamparino: ipotesi non condivisa
Venerdì incontro al ministero
per una prima verifica politica**

ROMA. Niente più esenzione automatica dai ticket sanitari per i cittadini di età superiore ai 65 anni e con un reddito familiare che non superi i 36.152 euro l'anno. La proposta, pur tra cautele e smentite, viene dalle Regioni in attesa che il governo formalizzi (venerdì) una sua proposta in merito, in base a quanto previsto dal patto per la Salute. Ne ha parlato Luca Coletto, coordinatore degli assessori regionali alla sanità, provocando immediate reazioni visto che il tema, oltre ad essere di per sé sensibile, riguarda oltre 12 milioni di persone. La logica di questo riassetto sarebbe abbastanza chiara: la condizione di anziano - è il ragio-

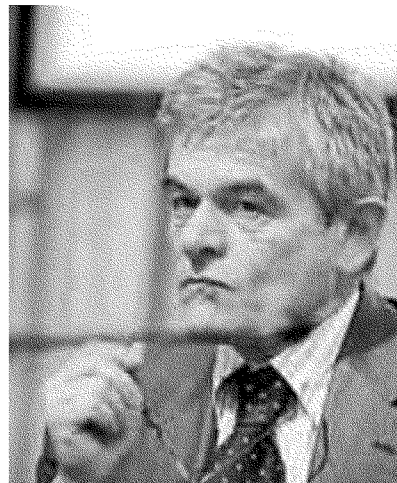
namento sottinteso - non è di per sé sinonimo di uno stato di bisogno tale da meritare un'agevolazione automatica, tanto più se associata ad un indicatore di reddito non alto ma nemmeno particolarmente severo. Questi cittadini attualmente non pagano la compartecipazione per le prestazioni specialistiche e in alcune Regioni nemmeno quella eventualmente prevista per i farmaci; in futuro, se la proposta sarà accolta, saranno invece chiamati a contribuire. Resterebbero invece beneficiarie dell'agevolazione categorie specifiche come i disoccupati, i pensionati sociali o al minimo, coloro che soffrono di specifiche patologie. E nel nuovo modello allo studio particolare attenzione dovrebbe essere riservata anche alle famiglie numerose. Attualmente l'esenzione automatica con lo stesso livello di reddito familiari previsto per gli ultrasessantacinquenni è riservato - a livello nazionale - anche ai bimbi minori di sei anni.

Il tema di una revisione dell'attuale sistema di esenzioni è in discussione da tempo e lo stesso patto per la Salute sottoscritto tra Regioni e Stato prevede di andare nella direzione di un legame stretto tra i benefici e il reddito. Ma è chiaro che l'assottigliarsi delle risorse disponibili rende tutto il discorso più urgente. Lo ha fatto capire chiaramente lo stesso Coletto: «Non possiamo, a fronte dei tagli previsti dalla Legge di Stabilità, prevedere ulteriori livelli essenziali di assistenza nel nuovo Patto per la salute: significherebbe far fallire le Regioni». «I Lea e i ticket - ha spiegato ancora l'assessore - sono due facce della stessa medaglia: i Lea sono le cure che le Regioni devono erogare. Le esenzioni previste dai ticket aumentano o diminuiscono la capienza del budget». Coletto ha poi fatto una parziale marcia indietro precisando che «non c'è nessuna intenzione di toccare l'esenzione ma tutto va riparametrato all'interno di un disegno più complesso». E dalla proposta si è dissociato Chiamparino, presidente del Piemonte e della Conferenza delle Regioni, che l'ha qualificata come «una posizione personale».

Ma l'assessore ha annunciato anche altre possibili novità, sul tema della formazione dei medici. In sostanza le Regioni propongono un utilizzo più intensivo degli specializzandi, che potrebbero essere anche assunti dai sistemi sanitari regionali e poi maggiormente impiegati all'interno degli ospedali. «Proponiamo che il medico laureato e abilitato possa accedere alla specializzazione nel reparto, seguito dal primario e prosegua la didattica presso l'università» ha argomentato Coletto.

I. ci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lo stop Chiamparino, presidente della Conferenza delle Regioni

Le Regioni: ticket anche dopo i 65 anni

► Sanità, il Coordinatore degli assessori: «Stop all'esenzione automatica per gli anziani con un reddito sotto i 36.152 euro» ► Bufera sulla proposta di Coletto al governo, poi la frenata Chiamparino si dissocia: «La sua è una posizione personale»

IL CASO

ROMA Niente più esenzione automatica dai ticket sanitari per i cittadini di età superiore ai 65 anni e con un reddito familiare che non superi i 36.152 euro l'anno. La proposta, pur tra cautele e smentite, viene dalle Regioni in attesa che il governo formalizzi una sua proposta in merito, in base a quanto previsto dal patto per la Salute. Ne ha parlato Luca Coletto, coordinatore degli assessori regionali alla sanità, provocando immediate reazioni visto che il tema, oltre ad essere di per sé sensibile, riguarda oltre 12 milioni di persone. La logica di questo riassetto sarebbe abbastanza chiara: la condizione di anziano - è il ragionamento sottinteso - non è di per sé sinonimo di uno stato di bisogno tale da meritare un'agevolazione automatica, tanto più se associata ad un indicatore di reddito non alto ma nemmeno particolarmente severo.

Questi cittadini attualmente non pagano la compartecipazione per le prestazioni specialistiche e in alcune Regioni nemmeno quella eventualmente prevista per i farmaci; in futuro, se la proposta sarà accolta, saranno invece chiamati a contribuire. Resterebbero invece beneficiarie dell'agevolazione categorie specifiche come i disoccupati, i pensionati sociali o al minimo, coloro che soffrono di specifiche patologie. E nel nuovo modello allo studio particolare attenzione dovrebbe essere riservata anche alle famiglie numerose. Attualmente l'esenzione automatica con lo stesso livello di reddito familiari previsto per gli ultrasessantacinquenni è riservato - a livello nazionale - anche ai bimbi minori di sei anni.

IL PATTO PER LA SALUTE

Il tema di una revisione dell'attuale sistema di esenzioni è in discussione da tempo e lo stesso patto per la Salute sottoscritto tra Regioni e Stato prevede di andare nella direzione di un legame stretto tra i benefici e il reddito. Ma è chiaro che l'assottigliarsi delle risorse disponibili rende tutto il discorso più urgente. Lo ha fatto ca-

pire chiaramente lo stesso Coletto all'Ansa: «Non possiamo, a fronte dei tagli previsti dalla Legge di Stabilità, prevedere ulteriori livelli essenziali di assistenza (Lea) nel nuovo Patto per la salute: significherebbe far fallire le Regioni». «I Lea e i ticket - ha spiegato ancora l'assessore - sono due facce della stessa medaglia: i Lea sono le cure che le Regioni devono erogare. Le esenzioni previste dai ticket aumentano o diminuiscono la capienza del budget». Coletto ha poi fatto una parziale marcia indietro precisando che «non c'è nessuna intenzione di toccare l'esenzione ma tutto va riparametrato all'interno di un disegno più complesso». E dalla proposta si è dissociato Sergio Chiamparino, presidente del Piemonte e della Conferenza delle Regioni, che l'ha qualificata come «una posizione personale».

Ma l'assessore ha annunciato anche altre possibili novità, sul tema della formazione dei medici. In sostanza le Regioni propongono un utilizzo più intensivo degli specializzandi, che potrebbero essere anche assunti dai sistemi sanitari regionali e poi maggiormente impiegati all'interno degli ospedali. «Proponiamo che il medico laureato e abilitato possa accedere alla specializzazione nel reparto, seguito dal primario e prosegua la didattica presso l'università - ha argomentato Coletto - insomma, vogliamo che acceda alla specializzazione appena laureato per evitare di avere, come oggi, 5 mila medici che non hanno accesso alle scuole di specializzazione». A giudizio dell'assessore questo approccio permetterebbe ai medici stessi di completare prima il proprio percorso formativo (che oggi termina in genere intorno ai 30 anni) e avrebbe l'effetto di limitare il ricorso all'importazione di medici dall'estero.

**SULLA FORMAZIONE
DEI MEDICI CHIESTO
«CHE I LAUREATI
POSSANO INIZIARE
LA SPECIALIZZAZIONE
SUBITO NEI REPARTI»**



Sergio Chiamparino

**DAL PROVVEDIMENTO
SAREBBERO ESCLUSI
I PENSIONATI SOCIALI,
I DISOCCUPATI
E I SOFFERENTI DI
SPECIFICHE PATOLOGIE**



Luca Coletto

LA SANITÀ/NIENTE TICKET / SOLO PER MALATI E INDIGENTI

Regioni spaccate sulle esenzioni agli over 65

ROSARIA AMATO

ROMA. Stop all'esenzione generalizzata dei ticket sanitari dai 65 anni in su. «È una norma che risale a quando l'aspettativa di vita non superava i 70 anni — dice Luca Coletto, coordinatore degli assessori regionali alla Sanità e assessore del Veneto — adesso raggiunge gli 80 per gli uomini e gli 85 e per le donne: si tratta di una linea di confine fin troppo generica che va aggiornata». Gli assessori regionali sono stati convocati dal ministero della Salute per venerdì 16, per discutere della riforma della compartecipazione alla spesa sanitaria. La posizione di Coletto è «personale ma abbastanza con-

divisa», dice l'assessore, anche se «non c'è stata ancora la possibilità di discuterne in commissione Salute». Di diverso avviso il presidente della Conferenza regioni, Sergio Chiamparino, «È una posizione personale dell'assessore alla Sanità del Veneto, che non è condivisa da tutti gli assessori e non li rappresenta», obietta.

La prima mossa intanto spetta al governo. Però per Coletto è più di un auspicio che da Palazzo Chigi arrivi una proposta di rimodulazione dei ticket che parta dall'abolizione dell'attuale esclusione a partire dai 65 anni (che si applica a chi ha un reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro) e che preveda nuovi

e più equi criteri di esenzione: il reddito, valutato con il modello Isee, le patologie, la situazione sociale. «L'obiettivo principale deve rimanere quello di mantenere il sistema sanitario su base universalistica: — spiega Coletto — ormai sento parlare da troppo tempo di assicurazione sanitaria. Non bisogna arrivare a questo: si deve tagliare? Andiamo a scoprire dove stanno le sacche di inefficienza, non possiamo pagare tutti per le inefficienze di alcuni. Inoltre l'esenzione va collegata a criteri di maggiore equità, a cominciare dalle patologie, perché un sessantacinquenne può essere più sano di me, e un quarantacinquenne più malato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Pa, addio alla carta:
entro diciotto mesi
atti e certificati
per via informatica**

*Decreto per il passaggio al digitale:
nelle amministrazioni pubbliche
obbligatoria i documenti elettronici*



STABILITA 2015/ Ecco le nuove regole per le aziende sanitarie e ospedaliere e per gli Irccs

Fisco, cosa cambia per il Ssn

Dalla riduzione dell'Irap «commerciale» al reverse charge in ambito Iva

**Personale assunto: Ravvedimento
costo complessivo operoso
deducibile fruibile senza
anche dal pubblico limiti di tempo**

La Legge di stabilità approvata con la Legge 23 dicembre 2014, n. 190, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 300 del 29 dicembre 2014, si presenta con un unico articolo formato da 735 commi; la lettura pertanto, rispetto al disegno di legge, articolato in titoli, capi e articoli, è assai più pesante; può essere d'aiuto la sintesi del contenuto, elaborata dal servizio studi della Camera (n. 233/5 del 21 dicembre), che presenta il raffronto fra il disegno di legge del Governo, i testi intermedi approvati dai due rami del Parlamento, e il testo definitivo, con l'oggetto dei singoli commi.

Il testo non presenta comunque variazioni significative, in materia fiscale, rispetto a quello del disegno di legge varato dal Governo, oggetto del commento pubblicato su Il Sole-24 Ore Sanità n. 39/2014, salvo il raddoppio del costo per la eventuale rivalutazione di terreni e partecipazioni non quotate.

Per le aziende sanitarie, per quelle ospedaliere e per gli Irccs le novità più importanti sono costituite dalla riduzione dell'Irap, pur limitata alla sfera commerciale, e dai nuovi obblighi, in materia di Iva, derivanti dall'ampliamento del "reverse charge".

I dipendenti del settore pubblico non sono toccati dal trattamento di fine rapporto in busta paga; anche gli sgravi contributivi per le nuove assunzioni a tempo indeterminato sono limitati al settore privato.

Bonus 80 euro (commi 12 e 13). È stato reso strutturale il credito d'imposta Irpef introdotto dall'articolo 1 del decreto legge 66/2014 in favore dei lavoratori

dipendenti e dei percettori di taluni redditi assimilati (cd. "bonus 80 euro"), per i redditi fino a 26.000 euro annui, originariamente introdotto per il solo anno 2014.

Il bonus viene riconosciuto automaticamente dai sostituti d'imposta, sugli emolumenti corrisposti in ciascun periodo di paga, rapportandolo al periodo stesso. Le somme versate dal sostituto di imposta a titolo di detrazione sono recuperate dallo stesso mediante compensazione, mentre gli enti pubblici e le amministrazioni statali possono recuperarle anche mediante riduzione dei versamenti delle ritenute e, per l'eventuale eccedenza, dei contributi previdenziali.

Tassazione buoni pasto (commi 16 e 17). Viene elevata, a decorrere dal 1° luglio 2015, la quota non sottoposta a tassazione dei buoni pasto da 5,29 euro a 7 euro, nel caso in cui essi siano di formato elettronico.

Deduzione del costo del lavoro da imponibile Irap (commi 20-22-25). La norma estende anche ai soggetti pubblici, dal 2015, limitatamente alla sfera commerciale (nel caso di opzione per la determinazione dell'Irap con il metodo della produzione netta), la deduzione del costo complessivo per il personale dipendente.

Ricordiamo che le deduzioni, previste dall'articolo 11 del Dlgs 446/1997 hanno riguardato finora i soggetti pubblici unicamente per i contributi obbligatori contro gli infortuni sul lavoro (comma 1, lettera a, punto 1), le spese relative agli apprendisti, ai disabili (comma 1, lettera a, punto 5), mentre tutte le agevolazioni che nel corso

degli ultimi anni erano state introdotte per ridurre il cosiddetto "cuneo fiscale", riguardavano solo il settore privato; la prima deduzione, quella per i contributi Inail, continua a essere contrastata dall'Agenzia delle entrate, nonostante siano già diciotto le sentenze, di primo o di secondo grado, favorevoli ad aziende sanitarie e ospedaliere che hanno chiesto il rimborso di quanto pagato in più.

L'introduzione nell'art. 11 del comma 4-*octies*, che stabilisce «... per i soggetti che determinano il valore della produzione netta ai sensi degli articoli da 5 a 9, è ammessa in deduzione la differenza tra il costo complessivo per il personale dipendente con contratto a tempo indeterminato e le deduzioni spettanti ai sensi dei commi 1, lettera a), 1-*bis*, 4-*bis*.1 c 4-*quater*...», consentirà ora anche agli enti pubblici la riduzione della base imponibile con la deduzione del costo del personale assunto a tempo indeterminato, imputato alla sfera commerciale.

Viene però annullata la riduzione dell'aliquota ordinaria dal 3,9% al 3,5% già varata dal decreto legge 24/4/14 n. 66, con decorrenza retroattiva dal 1° gennaio 2014.

Aumentano le sperequazioni a danno del settore pubblico. Con la nuova normativa in vigore la sperequazione, in materia di Irap, a danno delle strutture sanitarie pubbliche rispetto a quelle private, è diventata ancora più marcata.

Infatti, la riduzione dell'imposta sulle attività commerciali comporta un risparmio modesto in termini assoluti, considerando che la quota del costo dei dipendenti utilizzato nella sfera commerciale risulta, nella aziende del Servizio sanitario nazionale, circa lo

0,50%, in media, rispetto al totale, mentre le retribuzioni del personale utilizzato nelle attività sanitarie istituzionali, nonché i compensi liquidati nell'ambito dell'attività intramuraria sono soggetti al metodo retributivo, per il quale non è mai stata prevista alcuna riduzione.

In concreto, mentre fino al 31 dicembre 2014 nel settore privato il costo dei medici e degli altri dipendenti (oltre al valore della produzione netta) era gravato di un'aliquota del 3,90%, dal 2015 la base imponibile coincide con il valore della produzione netta, che non è lontano dal risultato economico netto.

Nelle aziende pubbliche, invece, per l'attività sanitaria istituzionale e per quella intramoenia, le retribuzioni e i compensi sono gravati dall'aliquota Irap dell'8,5%.

L'imposizione Irap a carico delle amministrazioni pubbliche, che di fatto è paradosale, costituendo una grossa partita di giro (in particolare nell'area sanitaria), fu introdotta per non turbare l'equilibrio della concorrenza fra "privato" e "pubblico", ma a questo punto si può parlare di un'assurda e anomala distorsione a danno dell'attività ospedaliera pubblica.

In ogni caso la sia pur minima riduzione del costo dell'Irap rende ancor più conveniente l'opzione, per la sfera commerciale, per il ricorso al metodo del "valore della produzione netta", peraltro larga-

mente inutilizzato.

Proroga delle detrazioni per interventi di ristrutturazione e di efficientamento energetico (comma 47). Sono nuovamente prorogati gli incentivi disposti la prima volta dalla Finanziaria 2007 (commi da 344 a 347, 353, 358 e 359, art. unico). La detrazione del 65% prevista dal decreto legge 4 giugno 2013 n. 63 viene prorogata per tutto il 2015 ed è estesa alle spese sostenute, nel 2015, per l'acquisto e la posa in opera delle schermature solari (fino a 60.000 euro) e per l'acquisto e la posa in opera degli impianti di climatizzazione invernale dotati di generatori di calore alimentati da biomasse combustibili, nel limite massimo di detrazione di 30.000 euro.

Come noto, anche le aziende del Servizio sanitario nazionale, in quanto soggetti Ires, possono usufruirne.

È importante ricordare che con Risoluzione n. 365/e del 12 dicembre 2007 l'Agenzia delle entrate aveva chiarito che i limiti massimi delle agevolazioni sono riferiti autonomamente a ciascun fabbricato, anche se questo non costituisce un'autonomia entità catastale. Se l'unità accatastata è composta, come succede molto spesso negli ospedali, da più edifici, le detrazioni massime sono riferite a ciascuno degli immobili che la costituiscono.

Cinque per mille (comma 154). Sono ormai molte le aziende del settore sanitario, in particolare gli Irccs e le aziende ospedaliero-universitarie, che utilizzano lo strumento per finanziare le attività di ricerca.

È stata messa a regime la disciplina, elevando anche l'importo disponibile.

Inoltre è previsto un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri per la definizione delle modalità di redazione della rendicontazione delle somme erogate per il regime del 5 per mille, nonché le modalità di pubblicazione sul sito web di ciascuna amministrazione erogatrice degli elenchi dei soggetti ai quali è stato erogato il contributo e dei rendiconti trasmessi. Sono inoltre introdotte sanzioni in caso di violazione degli obblighi di pubblicazione sul sito web e di comunicazione della rendicontazione da

parte dei soggetti beneficiari.

Affrancamento plusvalenze terreni e partecipazioni (commi 626-627). Vengono riaperti i termini per l'affrancamento delle plusvalenze di terreni e di partecipazioni non quotate, confermando la normativa contenuta nella Finanziaria del 2003 (Legge 24 dicembre 2002, n. 282, art. 2, comma 2). Rispetto alla versione originaria del disegno di legge, il maxi-emendamento del Governo ha però introdotto il raddoppio delle aliquote precedenti.

La norma consentirà anche agli enti non commerciali, ivi comprese le aziende del Servizio sanitario nazionale, l'affrancamento (vale a dire la sterilizzazione fiscale) delle eventuali plusvalenze maturate, sui terreni edificabili e sui terreni agricoli, posseduti alla data del 1° gennaio 2015, che non rientrano fra i beni utilizzati nella sfera commerciale.

L'affrancamento si potrà realizzare con il pagamento, entro il 30 giugno 2015, di un'imposta sostitutiva dell'8% sul valore di mercato al 1° gennaio 2015 di terreni e partecipazioni qualificate (4% per le partecipazioni non qualificate), desunto da una perizia giurata redatta, entro lo stesso termine, da iscritti agli albi degli ingegneri, degli architetti, dei geometri, dei dottori agronomi, degli agronomi, dei periti agrari, dei periti industriali edili e dai periti camerali.

L'importo sarà rateizzabile in due o tre esercizi; sull'importo delle rate successive alla prima sono dovuti gli interessi nella misura del 3 per cento annuo, da versarsi contestualmente.

Il raddoppio dell'aliquota suggerisce una particolare attenzione nel calcolo di convenienza dell'affrancamento rispetto alla tassazione ordinaria. Le modalità per usufruire di questa possibilità (illustrate dall'Agenzia delle entrate con la circolare del 4 agosto 2004, n. 35/E, con riferimento alla proroga di cui alla Finanziaria 2004), particolarmente interessante qualora un'azienda sia proprietaria di aree per le quali sia stata prevista la vendita in un futuro più o meno lontano, sono le stesse previste nei provvedimenti precedenti.

L'operazione è possibile, come già detto, anche per i

terreni agricoli, ma poiché le plusvalenze conseguite dalla loro vendita hanno, per gli enti non commerciali, rilevanza fiscale solo per quelli acquistati da non più di cinque anni, l'interesse per questa fattispecie si può considerare limitato.

Una recente sentenza della Commissione tributaria provinciale di Ravenna (n. 883/02/14) depositata il 20 novembre 2014, ha stabilito, in materia di rideterminazione del valore di acquisto dei terreni (sia edificabili che con destinazione agricola) che i soggetti che si sono già avvalsi della precedente rivalutazione non sono tenuti a versare le restanti rate dovute, anche se l'imposta sostitutiva è già stata chiesta dall'Erario con cartella di pagamento.

Reverse charge (commi 629-633). Viene inserito, nel Dpr 633/72 il nuovo art. 17-ter, che introduce il meccanismo del "reverse charge", o "split payment", cioè dell'obbligo a carico del committente di versare l'Iva all'Erario, nel caso di cessioni di beni e prestazioni di servizi (escluse però quelle soggette a ritenute di acconto e per i soggetti con i rimborsi delle eccedenze Iva), effettuate nei confronti di una serie di enti pubblici, fra i quali tutte le aziende del Servizio sanitario nazionale, qui indicate con la obsoleta denominazione di "unità sanitarie locali, di enti ospedalieri, di enti pubblici di ricovero e cura". L'entrata in vigore, subordinata a una deroga richiesta al Consiglio dell'Unione Europea, avverrà con modalità e termini che saranno fissati da un decreto del ministero dell'Economia. Nelle more del rilascio, ai sensi dell'articolo 395 della direttiva 2006/112/Ce, della misura di deroga da parte del Consiglio dell'Unione europea, trovano comunque applicazione per le operazioni per le quali l'imposta sul valore aggiunto è esigibile a partire dal primo gennaio 2015.

Le fatture dovranno contenere l'addebito dell'Iva, ma una annotazione specifica, con riferimento a questa norma, deve evidenziare che il relativo versamento dovrà avvenire a cura dell'azienda de-

bitrice.

Una clausola di salvaguardia prevede l'aumento dal 2015 delle accise sui carburanti in caso di mancato ottenimento della deroga.

Nei confronti degli enti pubblici cessionari o commitenti che omettono o ritardano il versamento dell'imposta sul valore aggiunto dovuta per effetto di questa innovazione, si applicano le ordinarie sanzioni previste dall'articolo 13 del decreto legislativo 18 dicembre 1997, n. 471.

In mancanza di una diversa specifica annotazione (fatture a esigibilità immediata) le aziende devono pertanto applicare questo nuovo meccanismo anche a tutte le fatture ricevute entro il 31 dicembre, che sono da intendere, indipendentemente dalla eventuale annotazione, a esigibilità differita, ai sensi dell'art. 6 del Dpr 633/72.

In attesa dell'emanazione del decreto che deve fissare termini e modalità, le aziende devono tenere sospeso il versamento di tale imposta, senza andare incontro a sanzioni.

Nel frattempo si rende urgente l'aggiornamento dei programmi informatici per la contabilizzazione delle fatture e per la gestione dell'Iva.

Il nuovo art. 17-ter, che si rivolge in modo specifico a una serie di enti pubblici, assorbe di fatto l'estensione del reverse charge, rivolta alla generalità dei contribuenti, disposta per alcune attività di servizi (pulizia, demolizione, installazione di impianti e completamento relativi a edifici).

Ravvedimento operoso (commi 635/639). Viene esteso l'istituto del ravvedimento operoso (che diventerà possibile anche in presenza di controlli fiscali per i tributi amministrati dall'Agenzia delle entrate), per consentire ai contribuenti che intendano sanare le violazioni commesse di mettersi in regola con l'applicazione di sanzioni contenute, entro il termine per la decadenza dell'azione di accertamento da parte dell'Agenzia delle entrate.

In sostanza, si potrà accedere all'istituto anche oltre i termini previsti dalle norme vigenti, nonché - per i tributi amministrati dall'Agenzia delle entrate - a prescindere dalla circostanza che la violazione sia già stata constatata ovvero che siano iniziati accessi, ispezioni, verifiche o altre attività amministrative di ac-

certamento, delle quali i soggetti interessati abbiano avuto formale conoscenza, salvo la formale notifica di un atto di liquidazione o accertamento e il ricevimento delle comunicazioni di irregolarità in materia di imposte sui redditi e di Iva. Si potrà dunque usufruire senza limiti di tempo dell'istituto del ravvedimento operoso, con una riduzione automatica delle sanzioni che tanto sarà più vantaggiosa, quanto sarà più vicino il "ravvedimento" sarà al momento in cui sorge l'adempimento tributario.

Scompariranno però alcuni istituti deflattivi (l'adesione al pvc, l'adesione agli inviti al contraddittorio e l'acquiescenza rafforzata), sostituiti dalla possibilità concessa al contribuente di sanare le violazioni contestate con una dichiarazione integrativa.

Tassazione dividendi (commi 655-656). Per tutti gli enti non commerciali, la quota imponibile dei dividendi messi in distribuzione dal 1° gennaio 2014, attualmente del 5%, scatta, dal 1° gennaio 2014 al 77,74%, cosa che comporta una tassazione effettiva del 21,38% con l'aliquota Ires del 27,5% e del 10,69% con l'aliquota ridotta del 13,75%.

L'aumento è percentualmente consistente, ma riguarda in particolare le Fondazioni, mentre le aziende del Servizio sanitario nazionale ne sono toccate in casi molto rari.

Si tratta di una misura introdotta in deroga allo Statuto del contribuente, per cui nel testo finale è stato introdotto un credito d'imposta pari alla maggiore imposta dovuta, per il solo 2014, in applicazione dell'aumento introdotto dalla stabilità. Lo sconto fiscale sarà spendibile nel limite del 33,33% a partire dal 2016.

Ulteriori coperture (commi 718 e 719). Nel caso in cui non dovessero andare a buon fine le iniziative previste per la "spending review" scatteranno aumenti delle aliquote Iva, di due punti dal 2016, di un altro punto nel 2017, e di un altro mezzo punto della sola aliquota ordinaria dal 2018, oltre all'aumento, dallo stesso anno, delle accise sui carburanti. A regime, pertanto, le aliquote Iva arriverebbero al 25,5% (ordinaria) e al 13% (quella agevolata).

Roberto Caselli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CONTO ANNUALE 2013 DELLA RAGIONERIA

La sanità d'Italia perde pezzi: 3.200 dipendenti in meno (-0,5%)

Nel 2013 erano 670.240, il 22,08% di tutti i dipendenti pubblici. Sono calati di 3.200 unità - lo 0,5% in meno da un anno all'altro - e di 12mila, l'1,8%, in sette anni. Per il 2014 le previsioni sono già adesso peggiori: la stima è di un ulteriore calo dello 0,59% del personale impiegato secondo i dati dei primi nove mesi dell'anno. Il costo totale è stato di 39,487 mld, l'1,6% in meno del 2012 e l'1,2% in più nei confronti del 2007. Con una retribuzione media lorda di 26.661 euro, 1.500 euro in più di sette anni prima e un calo di 400 euro sul 2012. E una retribuzione lorda media annua di 38.589 euro: 2.800 più del 2007 ma 300 in meno dell'anno prima.

È questo il bilancio tracciato dal Conto annuale 2013 della Ragioneria generale dello Stato. Da cui emerge una serie di altri dettagli sul pianeta sanità: come i dati anagrafici e sull'anzianità di servizio. L'età media del personale sanitario è di 49 anni (51 per gli uomini e 48 per le donne), a fronte di un'età media di 48,7 anni nella Pa; l'anzianità media di lavoro è di 18,74 anni (18,23 per gli uomini e 18,43 per le donne), leggermente più alta dei 18,16 anni della Pa. Il dettaglio sulla presenza femminile mostra come le donne in Sanità siano 438mila, il 67% del totale.

L'identikit della Pa. Ecco l'identikit dell'universo a vario titolo del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale. Un check generalizzato, quello appena diffuso dalla Ragioneria generale dello Stato nel consueto "Rapporto annuale" che aggrega i dati del pubblico impiego relativi al 2013. Il rapporto ci consegna le cifre di un comparto, quello del pubblico impiego, in continua (e nota) sofferenza. In tutta la Pa, il

personale con contratto a tempo indeterminato ammontava nel 2013 a 3,232 mln di unità: lo 0,2% in meno dell'anno prima, ma 197mila e il 5,7% meno che nel 2007. La presenza femminile risulta in forte crescita: 1,8 mln, pari al 55% del totale, ma 53mila sul 2007. Con 173mila in part-time (18mila meno che nel 2007). Un esercito che ha la sua spina dorsale nel Sud e nelle isole (35,03%), poi al Nord (34,95%) e al Centro (29,79%). Con uno 0,23% occupato all'estero. Lombardia (12,7% del totale) e Lazio (12,31%) sono le Regioni con più dipendenti pubblici. Intanto il costo del lavoro totale è stato l'anno scorso pari a 158,21 mld (1,80 per arretrati), 400 mln in meno che nel 2007, e importi medi annui a prezzi correnti di 34.505 euro, in calo dello 0,3% sul 2012 e in aumento di 2.900 rispetto a sette anni prima.

Consulenze a go-go. In sanità, oltre ai dati già descritti, si segnala poi una spesa di 1,028 mld per i contratti a tempo determinato e di formazione lavoro (esclusi Irap e contributi per la Pa) che è scesa di 40 mln dal 2007; contratti (sono 27.332) che sono diminuiti di 8.600 unità dal 2007 con un calo percentuale del 23,9%, mentre i 7.184 co.co. sono diminuiti del 43%. Sono invece esplosi gli incarichi libero-professionali, di studio, ricerca e consulenza, con una spesa che è passata da 160 a 239 mln, addirittura del 73%: dai 7.804 del 2007 ai 13.507 dell'anno scorso.

Quanto alle retribuzioni medie annue, peggio della sanità stanno nove amministrazioni, con il comparto scuola, quello con più dipendenti, che segnava 29.468 euro. E la magistratura sempre al primo posto con 142.653 euro (lordi annui): dal 2007 ha incassato aumenti per 22.500 euro: il 20% in più.

Red.San

**Le principali misure messe sul piatto
dalla legge di Stabilità (L. 190/2014)**

Commi 35-45 - Credito di imposta per ricerca e sviluppo e patent box. Stabilito un credito d'imposta per chi incrementa la spesa in R&S dal periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31/12/2014 fino a quello in corso al 31 dicembre 2019. I beneficiari della misura d'aiuto, sotto forma di credito d'imposta, sono tutti i titolari di reddito d'impresa. Il totale degli investimenti in R&S realizzati non può essere inferiore a 30mila euro. La norma fissa poi un tetto massimo di godimento annuo dell'agevolazione, stabilito in 5 milioni di euro. Per i prossimi cinque periodi di imposta, ai redditi derivanti da 1) utilizzo di opere d'ingegno, 2) brevetti industriali, 3) marchi d'impresa equiparabili ai brevetti, 4) processi, formule e informazioni relativi a esperienze acquisite nel campo industriale, commerciale o scientifico giuridicamente tutelabili, è applicabile un regime opzionale di tassazione agevolata per tutti i soggetti residenti in Italia titolari di reddito d'impresa. Le plusvalenze della loro cessione vengono integralmente detassate a condizione che, entro il secondo periodo d'imposta successivo alla cessione, almeno il 90% del corrispettivo venga reinvestito nella manutenzione e sviluppo di ulteriori "intangibles" agevolabili

Comma 116-117 - Tutela dei lavoratori esposti all'amianto. I commi prevedono il riconoscimento della maggiorazione dei benefici previdenziali Inps per lavoratori esposti all'amianto per oltre dieci 10 anni ed estendono in via sperimentale per gli anni 2015-2017 le prestazioni del Fondo per le vittime dell'amianto ai malati di mesotelioma che abbiano contratto la patologia o per esposizione familiare a lavoratori impiegati nella lavorazione dell'amianto o per esposizione ambientale comprovata

Commi 125-129 - Bonus bebé. Con la finalità dichiarata di incentivare la natalità e contribuire alle spese per il suo sostegno, per ogni figlio nato o adottato nel triennio 2015-2017 è riconosciuto fino al compimento del terzo anno di età o di ingresso in famiglia un assegno di 960 euro annui, erogato mensilmente a decorrere dal mese di nascita o adozione. L'importo è raddoppiato se il valore dell'Isee non supera i 7.000 euro annui. L'importo sarà erogato, su richiesta dell'interessato, dall'Inps. Le modalità di attuazione saranno stabilite entro fine gennaio 2015 con Dpcm

Commi 130-131 - Famiglie numerose. A favore dei nuclei familiari con un numero di figli minori pari o superiore a quattro e in presenza di un valore dell'Isee non superiore a 8.500 euro annui sono stanziati 45 milioni di euro per il 2015, quale contributo alle spese per il mantenimento dei figli tramite la corresponsione di buoni per l'acquisto di beni e servizi. Sarà un emanando Dpcm, per il quale non è prevista la tempistica, a stabilire le modalità di accesso e l'importo massimo spettante a ogni nucleo familiare

Comma 132 - Adozioni internazionali. Dal 2015 il fondo per le politiche della famiglia sarà implementato di 5 milioni di euro per le adozioni internazionali

Comma 133 - Lotta alle ludopatie. Nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Ssn a decorrere dal 2015 una quota pari a 50 mln è destinata annualmente alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo. Una quota pari a non più di 1 mln di queste risorse è destinata per ciascuno degli anni 2015-2016 e 2017 alla sperimentazione di modalità di controllo dei soggetti a rischio tramite software di automonitoraggio

Commi 137-138 - Onlus. In tema di erogazioni liberali alle Onlus vengono ritoccati verso l'alto i tetti delle possibili detrazioni: si passa da quota 2.065 euro a 30.000 euro annui. Disposizione che si attua a decorrere dal periodo di imposta successivo al quello in corso al 31 dicembre 2014

Comma 143 - Croce rossa. Vengono trasformati i Comitati locali e provinciali della Croce rossa italiana

Comma 158 - Fondo politiche sociali. È incrementato di 300 mln l'anno a decorrere dal 2015

Comma 159 - Fondo non autosufficienze. È incrementato di 400 mln l'anno per il 2015 e di 250 mln l'anno a decorrere dal 2016, inclusi i finanziamenti a sostegno delle persone con sclerosi laterale amiotrofica

Comma 160 - Fondo diritto al lavoro dei disabili. È incrementato di 20 milioni di euro annui a decorrere dal 2015

Comma 166 - Attribuzione all'Inps di competenze in materia di reinserimento e di integrazione lavorativa di persone disabili. All'Inps spetta il reinserimento e l'integrazione lavorativa di persone disabili

Comma 167 - Finanziamento screening neonatali. Si incrementa di 5 milioni di euro a decorrere dal 2015 l'autorizzazione di spesa (già pari ad altrettanti 5 milioni) prevista per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie. La spesa autorizzata annualmente sale quindi a 10 milioni

Comma 168 - Infanzia. Le risorse assegnate all'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza sono integrate con 650mila euro all'anno per il 2015, 2016 e 2017

Commi 181-184 - Stranieri. Istituito il Fondo per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati; i finanziamenti sono incrementati di 12,5 mln l'anno dal 2015. Stabiliti i limiti di quota del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità a stranieri vittime di riduzione in schiavitù. Il limite di intervento della Presidenza del Consiglio dei ministri è fissato a 8 milioni per il 2015, per emersione, assistenza e integrazione sociale

Comma 186 - Indennizzi per soggetti danneggiati da emotrasfusioni. Agli oneri finanziari derivati dalla corresponsione degli indennizzi ex legge 210/1992 si provvede mediante un contributo a Regioni e Pa di 100 mln per il 2015, di 289 mln per il 2017 e di 146 mln per il 2018

Comma 187 - Terzo settore. Per la riforma del terzo settore è autorizzata la spesa di 50 mln nel 2015, 140 nel 2016 e 190 dal 2017

Comma 191 - Unione italiana ciechi. È autorizzata la spesa di 6,5 milioni di euro annui a decorrere dal 2015

Comma 254-256 - Personale della Pa. Proroga del blocco della contrattazione e degli incrementi stipendiali nel pubblico impiego

Comma 298 - Registro donatori cellule riproduttive (fecondazione eterologa). Nasce il Registro nazionale dei donatori di cellule riproduttive a scopi di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo. Il registro mira a garantire la tracciabilità del percorso delle cellule riproduttive dal donatore al nato e viceversa, nonché il conteggio dei nati generati dalle cellule riproduttive di un medesimo donatore. Gli oneri sono quantificati in 700.810 euro per il 2015 e in 150.060 euro a decorrere dal 2016, risorse che derivano dalla riduzione dell'autorizzazione di spesa per l'attività e il funzionamento del Ccm

Commi 398-400 - Concorso delle Regioni e della Pa alla finanza pubblica. Per gli anni 2015-2018 il contributo delle Regioni a statuto ordinario è incrementato di 3.452 milioni di euro annui. Il contributo delle Regioni a statuto speciale e delle Pa di Trento e Bolzano è incrementato di 513 milioni

Commi 460-466 e 468-478 - Pareggio del bilancio. I primi commi riguardano le Regioni a statuto ordinario. Dal 2015 cessano di avere applicazione per le Regioni a statuto ordinario le disposizioni in materia di patto di stabilità interna contenute nella legge di Stabilità 2013. Sono previste sanzioni per le Regioni che non raggiungono gli obiettivi di pareggio

Commi 484-488 - Patto verticale incentivato. Nel 2015 alle Regioni a statuto ordinario, alla Sicilia, alla Sardegna e al Friuli Venezia Giulia è attribuito un contributo nei limiti dell'importo complessivo di un miliardo, in misura pari all'83,33% degli spazi finanziari validi ai fini del patto di stabilità interno degli enti locali

Comma 537 - Rinegoziazione dei mutui. La durata delle operazioni di rinegoziazione relative a passività esistenti già oggetto di rinegoziazione, non può essere superiore a 30 anni dalla data del loro perfezionamento

Commi 540-541 - Contributi. Per dare un contributo in conto interessi a Comuni, Province e Città metropolitane su operazioni di indebitamento attivate nel 2015 è istituito un Fondo di 125 milioni per il 2016 e di 100 milioni dal 2017 al 2020. Istituito un Fondo di 100 milioni per gli anni 2016 e 2017 per dare contributi in conto interessi alle Regioni su indebitamenti del 2015

Commi 555-588 - Attuazione del Patto per la salute. Questi i contenuti: obiettivi perseguibili con quota vincolata del Fondo sanitario (558-559); riparto quote vincolate (560-563); Piani annuali di investimento (564); autorizzazione di spesa per l'attivazione dei flussi

informativi per monitorare la riorganizzazione delle cure primarie (565); definizione delle competenze e delle responsabilità delle professioni sanitarie e infermieristiche-ostetrica e tecniche della riabilitazione e della prevenzione (566); conseguimento da parte dei Dg degli obiettivi di salute e assistenziali (567-568); disposizioni sui piani di rientro (569-573); collegi sindacali delle aziende sanitarie e ospedaliere (574-575); riordino degli Izs (576-581); organizzazione del Dipartimento di prevenzione del Ssn (582); turn over del personale del Ssn (583); concorso degli enti Ssn agli obiettivi di finanza pubblica (584); disposizioni sul prontuario farmaceutico nazionale (585); rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza (586); norme sui dispositivi medici (587); disposizioni in materia di Hta (588)

Comma 589 - Farmacie rurali. Abolita la norma (articolo 11, comma 17, del decreto legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito dalla legge 24 marzo 2012 n. 27) che prevedeva che la direzione della farmacia privata poteva essere mantenuta fino al raggiungimento del requisito di età pensionabile da parte del farmacista

Comma 590 - Immissione in commercio di medicinali. Vengono fissate le tariffe per l'autorizzazione (e il rinnovo dell'autorizzazione) all'immissione in commercio dei medicinali omeopatici

Commi 591-592 - Sperimentazione produzione e distribuzione farmaci monodose in ambito ospedaliero. Ai fini della razionalizzazione e del contenimento della spesa farmaceutica con decreto del ministero della Salute e senza maggiori oneri per la finanza pubblica sono individuate le modalità per la produzione e la distribuzione in ambito ospedaliero in via sperimentale per un biennio di medicinali in forma monodose

Commi 593-598 - Fondo farmaci innovativi destinati alla cura dell'epatite C. Per gli anni 2015 e 2016 nello stato di previsione del ministero della Salute è istituito un fondo per il concorso al rimborso delle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi, alimentato da: un contributo statale per 100 mln, una quota parte delle risorse dedicate agli obiettivi di Piano sanitario (400 mln nel 2015 e 500 mln nel 2016), versate in favore delle Regioni in proporzione alla spesa da esse sostenuta per l'acquisto di farmaci innovativi. Le aziende il cui fatturato per la produzione di un farmaco innovativo sfiori i 300 mln saranno tenute a un pay back del 20 per cento

Commi 599-600 - Potenziamento delle misure di sorveglianza e contrasto delle malattie infettive e diffuse sul territorio nazionale. Per potenziare le attività di contrasto in capo al ministero della Salute è autorizzata la spesa di 3 milioni di euro per il 2015 e di 1,5 mln annui a decorrere dal 2016. Sono autorizzate le richieste di aspettativa nel limite di sei mesi di personale medico e paramedico che voglia operare in Paesi interessati dal virus Ebola. All'Istituto per le malattie infettive Lazzaro Spallanzani un contributo straordinario di 2 mln per il 2015 e di un milione l'anno per il 2016 e il 2017

Comma 601 - Costi standard. A decorrere dal 2015 i pesi ai fini del riparto del Fsn sono ripartiti tenendo conto della ripartizione del costo e del fabbisogno sanitario standard regionale del percorso di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità. Se non si dovesse raggiungere l'Intesa in Stato-Regioni entro il 30 aprile 2015, per quell'anno continuano ad applicarsi i criteri tradizionali

Commi 602-605 - Fondi per il Centro nazionale di adroterapia oncologica (Cnao) di Pavia. Per il 2015, per il 2016 e per il 2017 è autorizzato un contributo rispettivamente fino a 15 mln, a 10 mln e a 5 mln

Commi 607-608 - Norme concernenti l'Istituto per i trapianti e terapie ad alta specializzazione di Palermo. La Regione Siciliana, anche se sottoposta a piano di rientro, è autorizzata a incrementare la valorizzazione tariffaria dell'attività sanitaria dell'Ismett per garantire il riconoscimento dell'attività dell'Istituto. Contestualmente la Regione siciliana assicura l'approvazione di un programma triennale di riorganizzazione ed efficientamento dell'Ismett

Commi 607-608 - Istituto per i trapianti di Palermo. La Regione Siciliana è autorizzata ad aumentare le tariffe massime delle prestazioni erogate dall'Istituto mediterraneo per i trapianti e le terapie ad alta specializzazione, al fine di agevolare la prosecuzione dell'investimento straniero nell'Ismett

Comma 610 - Cooperative sociali. L'affidamento derogatorio di appalti di servizi alle cooperative sociali di tipo B deve avvenire con gara e non direttamente

Dalla finanziaria targata Renzi l'eredità pesante dei tagli alle Regioni e dell'extra spesa per il personale

Manovra con bonus automatismi

Governo a caccia di coperture per i nuovi Lea mentre il Fsn rischia almeno 1,5 mld

Il paradosso di una legge di Stabilità che formalmente ha recepito il Patto per la salute, ma che di fatto ha imposto l'imperativo di tagli per almeno 4 miliardi, è esemplificato dalle norme introdotte dalla manovra in tema di personale. Che da una parte prorogano il blocco della contrattazione ma, dall'altra, impongono alle Asl (e quindi ai governatori) un'extra-spesa dovuta allo scongelamento del peso massimo

“indennità di esclusività”.

Un rompicapo in più per le Regioni che, se entro il 31 gennaio non avranno proceduto con un'Intesa, passeranno al Governo il cerino acceso sotto forma di un Dpcm che dovrà indicare come e dove tagliare. Inevitabili le conseguenze per il Fondo sanitario nazionale, per cui è in arrivo una decurtazione di almeno 1,5 miliardi.

A PAG. 2-3

STABILITÀ 2015/ Al premier la decisione su come e dove far calare la scure da 4 mld

Tagli, le Regioni alla finestra

E intanto per le Asl è in arrivo l'extra-spesa dell'indennità di esclusività

Il paradosso di una legge di Stabilità che formalmente ha recepito il Patto per la salute, ma che di fatto ha imposto l'imperativo di tagli per almeno 4 miliardi, è esemplificato dalle norme introdotte dalla manovra, in tema di personale. Che da una parte prorogano il blocco della contrattazione ma, dall'altra, impongono alle Asl (e quindi ai governatori) una extra-spesa dovuta allo scongelamento del peso massimo “indennità di esclusività” (v. servizio a pagina 4-5). Un automatismo che riguarderà tutti i medici (e una fetta del comparto che però non grava sul bilancio aziendale) e di cui beneficerà soprattutto chi ha un'anzianità professionale di 15 anni. Nel complesso, secondo le prime stime elaborate dal centro studi Smi, sarebbero interessati dallo “sblocco” oltre 13.200 professionisti con 15 anni di anzianità con un salto su base annua di 3.690 euro e 20.800 medici con anzianità inferiore a 5 anni al 31 dicembre 2010: in questo caso nel 2015 può scattare, ove non già percepito, un bonus individuale di 7.600 euro su base annua.

Per la categoria dei camici bianchi, un “regalo” che vale ben di più di un rinnovo. La nuova Finanziaria (legge 190/2014), infatti, non proroga i

blocchi previsti dalla legge Tremonti, svincolando di fatto la gestione dei fondi contrattuali come più volte chiesto dai sindacati. Un pacchetto di misure che va dalla possibilità di aumentare il valore dell'incarico dirigenziale (sia in caso di rinnovo che di nuovo titolare) all'eliminazione dei tetti ai fondi destinati al trattamento accessorio.

Un rompicapo in più per le Regioni, che se entro il 31 gennaio non avranno proceduto con un'Intesa, passeranno al Governo il cerino acceso sotto forma di un Dpcm che dovrà indicare come e dove tagliare. Dopo il via libera a una legge di Stabilità propagandata come espansiva, i governatori si ritrovano infatti con un pugno di mosche: le proposte (si veda tabella in pagina) che avevano gettato sul tavolo degli incontri informali con i rappresentanti dell'esecutivo, in corso di esame della manovra. «Proposte di cui sostanzialmente hanno deciso di non tenere conto - precisa il presidente della Stato-Regioni **Sergio Chiamparino** - fatta salva l'operazione sul Patto verticale incentivato, che peraltro va essenzialmente a favore dei Comuni. A questo punto spetta al Governo, cui confermiamo la nostra disponibilità, indicare la possibile ricetta dei risparmi».

La prossima Conferenza Sta-

to-Regioni è fissata, senza fretta, giovedì 22 gennaio. Le Regioni, insomma, stanno alla finestra. Chiamate, come del resto era già chiaro fin dai primi passi della manovra in Parlamento, a una quadratura del cerchio che pare sempre più irrealizzabile. Con un Patto per la salute che è stato sì recepito dal testo della legge 190, ma che di fatto è disatteso e pare destinato a rimanere lettera morta (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 47-48/2014). E con l'aggiornamento del Dpcm sui Livelli essenziali di assistenza che, annunciato come ormai prossimo (la deadline fissata dal “Patto” è scaduta il 31 dicembre), è ancora affannosamente in cerca di coperture e inevitabilmente dovrà avvenire al ribasso. Ne è convinto l'assessore al Bilancio della Lombardia **Massimo Garavaglia**, che nelle ultime settimane prima del varo della legge di Stabilità ha guidato per le Regioni la trattativa con il

Governo sulle ricette sostenibili ai fini del taglio da 4 miliardi imposto dalla legge di Stabilità, a cui vanno a sommarsi circa 2 miliardi di colpi di scure progressivi. «Fino all'ultimo - rilancia Garavaglia - le Regioni hanno provato a mettere sul piatto una serie di proposte d'intervento che salvaguardassero i nodi più sensibili, come la sanità. Il punto è che le nostre ricette funzionavano tutte - attacca - ma il “principe” Renzi non le ha volute. Ciò che ha prevalso è stata la volontà politica di “salvare la faccia”, portando avanti promesse come gli 80 euro in busta paga per i redditi più bassi, in barba al principio di leale collaborazione tra le diverse componenti dello Stato». Il risultato è presto detto, secondo Garavaglia: l'inevitabile decurtazione del Fondo sanitario nazionale per almeno 1,5 miliardi e l'aumento delle tasse in tutte le Regioni. «Salvo la Lombardia - tiene a precisare - che però sarà

costretta a venir meno all'impegno di eliminare i ticket, che se rispettato avrebbe sgravato i cittadini di circa 500 milioni di imposte. Altro che tagli lineari: questi sono tagli superlineari, anzi proporzionali al Pil».

Il margine di movimento, a questo punto, è decisamente limitato. Questa settimana i governatori torneranno a incontrarsi soltanto con la ministra delle Riforme **Maria Elena Boschi**, in tema di Titolo V. «Sei miliardi di tagli tra la manovra attuale e quelle pregresse - sentenza tranchant Garavaglia - comporteranno l'azzeramento di tutti i trasferimenti alle Regioni: dalle borse di studio alle scuole paritarie fino al fondo per la non auto-

sufficienza. E inevitabilmente ci imporranno di mettere mano al Fsn, così come del resto prevede la stessa legge di Stabilità. Con un Fondo decurtato non si riuscirà a mantenere l'efficienza dei servizi né tanto meno il buon livello delle prestazioni. L'aggiornamento dei Lea? A questo punto sia Renzi a indicare come farlo, al ribasso. Con buona pace delle promesse della ministra della Salute Lorenzin, che non è stata capace di tenere il punto e di difendere gli interessi del Servizio sanitario nazionale».

Barbara Gobbi
Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le linee guida della proposta regionale

- Concorso positivo delle Regioni alla manovra di finanza pubblica
- Riqualificazione della spesa corrente - ivi comprese la spesa sanitaria e le società partecipate - e maggiori investimenti anche in edilizia sanitaria
- Contestuale rilancio degli investimenti pubblici attraverso l'esclusione dal pareggio di bilancio degli impegni in capitale non rilevanti ai fini dell'indebitamento netto
- Accelerazione dei pagamenti per i debiti commerciali attivando una sinergia istituzionale tra Stato, Regioni ed ee.ll. mediante il patto di stabilità verticale incentivato ai fini di immettere liquidità a favore delle imprese per gli investimenti pubblici
- Anticipazione dell'applicazione dell'equilibrio di bilancio al 2015
- Ottimizzazione flussi finanziari delle risorse regionali stanziato nel bilancio dello Stato
- Efficientamento e razionalizzazione del Fondo nazionale Trasporti
- Proposte per la riqualificazione della spesa corrente attraverso l'estensione dell'applicazione dei costi standard anche alle amministrazioni centrali tenendo altresì conto del processo di riordino istituzionale

Tagli in milioni di euro (escluso DI Salva Italia)

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Patto Salute 2010-2012 - Legge 191/2009 - Risorse vacanza contrattuale | 466 | 466 | 466 | 466 |
| Legge 122/2010 - Articolo 9 Riduzione livello Ssn | 1.132 | 1.132 | 1.132 | 1.132 |
| Legge 122/2010 - Articolo 11 Farmaceutica | 600 | 600 | 600 | 600 |
| Legge 111/2011 - Reintroduzione ticket | 834 | 834 | 834 | 834 |
| Legge 111/2011 - Misure contenimento della spesa | - | 2.500 | 5.450 | 5.450 |
| Legge 111/2011 - Accertamenti medico-legali | - | 70 | 70 | 70 |
| Decreto legge 95/2012 | 900 | 1.800 | 2.000 | 2.100 |
| Tagli Legge di stabilità 2013 (legge 228/2012) | - | 600 | 1.000 | 1.000 |
| Sentenza Corte costituzionale | - | - | -2.000 | -2.000 |
| Legge 147/2013 - Blocco indennità personale sanitario | - | - | - | 540 |
| Totale tagli | 3.932 | 8.002 | 9.552 | 10.192 |

Le principali misure messe sul piatto

dalla legge di Stabilità (L. 190/2014)

IL COMMENTO

«Un testo con molti meriti e qualche perplessità»

Un anno e più dopo l'approvazione della legge 125 del 2013, il Dpcm per la stabilizzazione del personale precario in sanità sta finalmente per approdare in Conferenza Stato-Regioni, però restano alcune perplessità. Innanzitutto, trattandosi di un provvedimento che non comporta oneri aggiuntivi, si fa fatica a comprendere le lungaggini, imposte dagli uffici del ministero dell'Economia, imputabili verosimilmente a un'endemica resistenza a superare una concezione ragionieristica della sanità. Una visione che negli ultimi anni ha comportato tagli lineari che hanno colpito in particolare beni, servizi e personale, compromettendo la funzionalità del Servizio sanitario nazionale.

Quello che fanno fatica a comprendere gli uffici del Mef, sono le enormi difficoltà che hanno le Regioni, soprattutto quelle in Piano di rientro, a garantire qualità di assistenza e rispetto dell'erogazione dei Lea, incatenate ormai da anni dal blocco del turn over e contingentamento del personale. Misure che, tra l'altro, non hanno comportato grandi risparmi, avendo obbligatoriamente comportato la necessità di ricorrere a straordinari, convenzioni e autoconvenzionamento. In sostanza, con le stesse risorse si potevano immettere nuove e fresche energie a costo invariato ma a beneficio dei pazienti e del sistema salute.

Ciò premesso, qualcosa inizia a

cambiare grazie al Dpcm che riconosce la stabilizzazione a dirigenti medici e al comparto sanitario, formati da persone che possono vantare una formazione di qualità e che per anni hanno lavorato con ritmi insostenibili e senza certezze. Però, seconda perplessità, oltre ai limiti che permangono per le Regioni sottoposte al blocco del turn over, il Dpcm lascia fuori il personale amministrativo. Come se l'assistenza sanitaria potesse funzionare senza personale addetto al provveditorato, all'economato e agli uffici tecnici, uomini e donne che, come quelli del comparto sanitario, hanno alle spalle anni di lavoro e di formazione. Ne consegue che dopo il via libera del Dpcm, la parte medica che beneficerà degli effetti del provvedimento lavorerà con maggiore entusiasmo, ma non si potrà dire lo stesso per quella amministrativa che sentirà l'ingiustizia dell'esclusione e la spada di Damocle della precarietà. C'è ancora tempo per riparare: le Regioni facciano sentire la loro voce, il ministro della Salute, Lorenzin, che non manca certo di determinazione, colmi una carenza grave che non ha ragione di essere, evitando un decreto con handicap, superabile con un po' di buon senso e buona volontà.

Raffaele Calabrò
deputato Ncd,
membro Commissione Affari sociali

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“L'intelligenza artificiale può distruggere l'uomo” allarme di 400 scienziati

Manifesto con firme da tutto il mondo dopo l'appello di Hawking
“Pericolosa come le armi nucleari: dobbiamo orientarla”

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
ENRICO FRANCESCHINI

LONDRA. In principio c'era Hal 9000, il computer di *2001 Odissea nello spazio*, il film di Stanley Kubrick in cui una macchina prendeva il controllo di un'astronave e cercava di eliminarne l'equipaggio. Ma da allora la tecnologia ha superato di gran lunga la fantascienza. Il mese scorso Stephen Hawking, l'astrofisico autore della teoria sul Big Bang e sui buchi neri, ha dichiarato che l'intelligenza artificiale potrebbe portare alla scomparsa della razza umana. In agosto un altro eminente scienziato, Elon Musk, l'imprenditore dell'hightech che dirige la Tesla Motors e il progetto SpaceX, ha ammonito che l'AI (acronimo di artificial intelligence) è «potenzialmente più pericolosa delle armi nucleari». Ora un gruppo di 400 autorevoli studiosi di tutto il mondo, tra cui gli stessi Hawking e Musk, firma una lettera aperta affermando che l'umanità deve essere in grado di esaminare una serie di cruciali quesiti prima di sviluppare macchine che, come nella pellicola di Kubrick, potrebbero finire per nuocerci anziché aiutarci a vivere meglio.

«A causa del grande potenziale positivo dell'intelligenza artificiale, è importante che venga analizzato il modo in cui possiamo trarne benefici, evitandone al tempo stesso le potenziali insidie», afferma la lettera, pubblicata sul sito del Future of Life Institute (Istituto per il futuro della vita), un'associazione di ricerca inglese. «I nostri sistemi di

“Facciamo in modo che le macchine aiutino l'umanità senza guidarla”

intelligenza artificiale dovranno fare quello che noi vogliamo che facciano, non il contrario. Per questo è importante e opportuna un'analisi su come renderli un elemento positivo per l'umanità». Il testo, firmato tra gli altri da Demis Hassabis, fondatore di DeepMind, una compagnia di ricerche sull'intelligenza artificiale altamente segreta, acquistata lo scorso anno da Google per 400 milioni di sterline (circa 500 milioni di euro), è accompagnata da uno studio che pone una serie di domande. È possibile che armamenti automatici possano provocare una guerra accidentale? E come possono tali armi rispettare le leggi sui diritti umani? Come possono i sistemi di interpretazione di dati ottenuti da telecamere di sorveglianza a circuito chiuso, linee telefoniche, email e altre fonti, interagire con il diritto alla privacy? È ammissibile che un'auto senza pilota valuti la piccola probabilità di un incidente a un umano contro la quasi certa probabilità di un incidente senza vittime umane, e decida da sola di conseguenza quale opzione scegliere? E le questioni legali suscitate dall'intelligenza artificiale dovrebbero essere sancite dalle esistenti leggi cibernetiche o affrontate separatamente?

I firmatari non sono conservatori attaccati alla tradizione: al contrario, sono scienziati impegnati nella continua avanzata verso nuove frontiere del progresso tecnico-scientifico. Affer-

mano, come osserva la lettera aperta, che esiste oggi «un ampio consenso sul fatto che l'intelligenza artificiale sta facendo continui passi avanti e che il suo effetto sulla società è destinato a crescere». I vantaggi sono enormi, riconoscono gli studiosi. Sistemi in grado di riconoscere e riprodurre la voce umana, classificazione automatica di immagini, veicoli con autopilota, macchine per traduzione simultanea, sono tra i notevoli successi degli ultimi tempi e altri ancora più straordinari si annunciano per il prossimo futuro, sottolinea il *Times* di Londra, che ha anticipato ieri un estratto del documento. «Tutto quello che abbiamo oggi è il risultato dell'intelligenza umana», avverte tuttavia la lettera. «Non possiamo prevedere cosa accadrà quando l'intelligenza umana sarà moltiplicata alla massima potenza da quella artificiale».

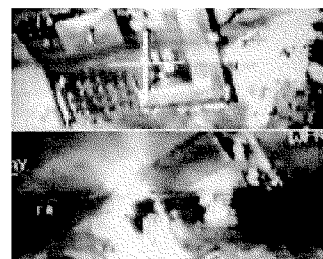
© RIPRODUZIONE RISERVATA



MEZZI SENZA PILOTA

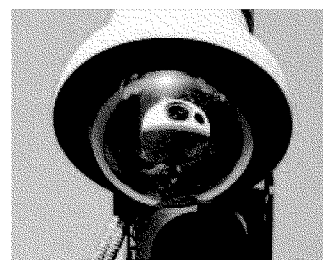
Un altro rischio secondo i 400 scienziati: le auto senza pilota sapranno valutare la probabilità di un incidente? E, se sì, potranno causarli?

IPUNTI



ARMI AUTOGUIDATE

Il manifesto evoca il rischio che gli armamenti guidati dalle intelligenze artificiali possano arrivare a provocare una guerra accidentale



LA PRIVACY MINACCIATA

I sistemi di interpretazione dei dati ottenuti da telecamere di sorveglianza, linee telefoniche, web, costituiscono un rischio altissimo per la privacy

L'INTERVISTA

“Ma il nostro non è catastrofismo solo buon senso”

SILVIA BENCIVELLI

«LA nostra lettera serve a riportare equilibrio. Ricordare la necessità di guidare la ricerca ma anche a frenare le posizioni catastrofiste», spiega Francesca Rossi, firma numero cinque dell'appello, professoressa di informatica all'università di Padova, oggi ad Harvard, presidente della Conferenza internazionale per l'intelligenza artificiale e del Comitato per le questioni etiche dell'Associazione per l'avanzamento dell'intelligenza artificiale.

Perché quella lettera era necessaria?

«Perché il dibattito si è polarizzato su posizioni estreme. I catastrofisti conoscono poco la realtà. Ma anche sottovalutare i rischi non ha senso. Diffondendo paure si rischia di tagliare le gambe a una ricerca molto promettente. Ma



L'informatica
Francesca
Rossi

la ricerca è tanto più promettente quanto più sappiamo indirizzarla».

Si tratta di decidere limiti etici della ricerca informatica.

«Sì, e non è facile. Per esempio, i sistemi di riconoscimento delle facce. Sono utili, ma potrebbero essere usati per la costruzione di armi. Non solo: fa paura sapere che un'arma è controllata da un robot. Ma un ragazzo può essere altrettanto fallibile, senza considerare che lui stesso può essere ucciso. Sono questioni delicate».

I rischi più immediati quali sono?

«I robot sostituiranno tanti lavoratori, dai tassisti ai camerieri. Scompariranno mestieri e ci sarà una grande disparità tra chi farà profitti con le macchine e chi resterà fuori dal sistema economico».



LO SCENARIO

Le mani di un robot sulla Terra: tra gli scienziati è dibattito sul futuro dell'intelligenza artificiale



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Il caso barelle

Ospedali-Policlinico ultimo braccio di ferro

I docenti: abbiamo compiti didattici, non di assistenza I medici Anaao: basta lavorare in compartimenti stagni

Marisa La Penna

L'influenza di stagione si avvia a raggiungere il suo picco, mentre negli ospedali cittadini la «febbre» da barella è sempre elevata: anche ieri un'altra giornata nera nei pronto soccorso di Cardarelli, Loreto Mare e San Giovanni Bosco, dove tuttavia le sale operatorie sono state sgomberate dalle barelle che invadono i corridoi. Una condizione di emergenza alla quale si spera possa dare respiro l'annunciata disponibilità a partire dal primo febbraio di 100 posti letto presso il Secondo Policlinico. Disponibilità che deve trovare d'accordo i medici universitari, finiti nell'occhio del ciclone per il differente carico di lavoro al quale sottoposti rispetto ai colleghi ospedalieri. E all'iniziativa per mettere fine a questa «guerra» avviata dal presidente dell'Ordine Silvestro Scotti, che in una nota ha invitato tutte le categorie intorno a un tavolo, cominciano ad arrivare le prime risposte. Positiva quella di Franco Verde, leader dell'Anaao-Assomed, il sindacato dei medici ospedalieri. Scrive Verde: «Mettere attorno ad un tavolo medici di famiglia, medici ospedalieri, specialisti ed universitari rappresenta un gesto di coesione e di novità. È auspicabile che a questo tavolo i medici sappiano superare lo schema in compartimenti stagni, fatto di silenzi e mancato dialogo ritrovando un metodo innovativo. Spero - conclude Verde, che invita Regione e Asl ad «assumere decisioni all'altezza del caos barelle» - che al tavolo si affrontino argomenti quali il rafforzamento delle aree di emergenza, la continuità assistenziale, l'assistenza domiciliare

integrata e la demedicalizzazione delle ambulanze. E l'inserimento a tutto fondo dei policlinici della rete dell'emergenza».

Gli universitari, dal canto loro, non ci stanno a passare come medici «privilegiati». Spiega Fabrizio Iacono, docente di Urologia alla Federico II: «Il Policlinico è una scuola di Medicina e i docenti svolgono compiti istituzionali differenti dai colleghi ospedalieri. Devono svolgere da 350 a 500 ore di lezioni all'anno sia nei vari corsi di Laurea che nelle scuole di specializzazione oltre alle sedute mensili di esami e al tutoraggio continuo degli specializzandi. Inoltre per dovere istituzionale devono portare avanti protocolli di ricerca e pubblicare sulle più prestigiose riviste mediche internazionali. Il carico delle 22 ore di assistenza medica/assistenziale svolto ogni settimana in regime extramoenia (pagato circa 500 euro al mese) si somma alle ore di docenza per un totale di 38 ore alla settimana». Per Iacono «sarebbe molto più utile, se necessario, potenziare la rete ospedaliera e consentire agli Universitari di svolgere i loro compiti didattici e di ricerca senza chiamarli in causa ogni volta che c'è una inefficienza puramente assistenziale sul territorio».

Infine il sindacato. Giuseppe Migliore e Gaetano Matteo della Rsu Cardarelli hanno inviato un dossier sulla condizione dell'ospedale a Regione e prefetto. «Occorre ampliare l'osservazione breve intensiva nel Dea arrivando a 80 posti. È l'unica alternativa all'emergenza che conta quasi 180 accessi in più al giorno nei vari reparti», affermano.

Lo scenario
Al S. Giovanni Bosco via le lettighe dalla sala operatoria. Ancora caos nelle urgenze



Il Cardarelli
Emergenza continua

Il più grande ospedale del Mezzogiorno soffre di sovraccollamento cronico: personale allo stremo



Il Policlinico
Corse semi-deserte

Il polo universitario collinare potrebbe ospitare più malati; i medici sono però impegnati in attività di insegnamento

Castellammare La protesta dei medici e degli infermieri del pronto soccorso

Carenza di personale e servizi, è emergenza al San Leonardo

Presentata una denuncia alle forze dell'ordine e un'informativa all'Asl

di Antonio De Simone

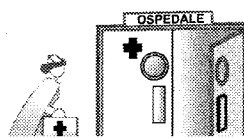
CASTELLAMMARE DI STABIA - Carenza di personale e servizi inefficienti. Al pronto soccorso dell'ospedale San Leonardo i disagi registrati in questi giorni durano da diversi mesi. Pochi gli infermieri, incapaci da soli di coprire tutti i turni. A farne le spese sono gli utenti, che si vedono tagliare i servizi. Ma è emergenza anche per le attrezzature, visto che sono sempre di più i pazienti costretti ad attendere anche giornate intere all'impiedi, oppure su barelle e sedie di fortuna. "E' impossibile lavorare in questo modo - affermano alcuni infermieri che preferiscono mantenere l'anonimato - non ci sono neanche sedie per far appoggiare i pazienti e nessuno prende provvedimenti, né si oppone a tale situazione. Ci sono persone che stanno anche due giorni in pronto soccorso su barelle e sedie di fortuna. Ma la cosa più grave - continuano - è che nessuno fa niente per questo ospedale, né i sindacati né tantomeno i politici. Anzi. In questo periodo se ne cominciano a vedere in molti, pronti a chiedere i voti per le regionali". Anche un gruppo di cittadini ha deciso di scrivere alle autorità competenti, per segnalare tutte le criticità. E gli stessi cittadini sono pronti a costituirsi in un comitato, con l'obiettivo di accendere i riflettori sul presidio ospedaliero stabiese. A denunciare più volte i disagi della struttura del viale Europa sono stati gli stessi

medici del San Leonardo, costretti a lavorare da diverso tempo in una situazione di estrema precarietà. "Il primo soccorso diventa davvero ingestibile senza infermieri, si rischia grosso - affermano i camici bianchi - Diversi i casi di persone che sono giunte al pronto soccorso, a volte anche in condizioni abbastanza critiche, ed hanno dovuto far fronte ai disagi provocati dalla carenza di personale. Qualche tempo fa arrivò al una donna in preda ad arresto cardiaco e c'era solo un medico disponibile. L'Asl è stata informata della difficile situazione attraverso varie note inviate dagli stessi medici, che hanno anche presentato denuncia ai carabinieri e al coordinatore infermieristico". Anche il materiale a disposizione sarebbe scarso. Poche barelle; le sedie a rotelle si contano sulle dita delle mani. E' stato chiesto l'invio di altri infermieri, ma fino ad ora l'appello è rimasto inascoltato. C'è poi la questione sicurezza, con le numerose aggressioni subite dal personale medico nelle varie strutture dell'Asl Na 3 sud. Tutto ciò racchiudono un quadro desolante, che mette a serio rischio la salute e il diritto alle cure degli utenti

dell'area stabiese. "La situazione è resa ancor più difficile dal picco influenzale vissuto in questi giorni - fanno sapere dalla direzione generale - anche se stiamo pagando lo scotto del piano di rientro della Regione, che penalizza l'intero comparto sanitario campano". Una situazione dunque particolarmente precaria e che, oltre a danneggiare e com-

plicare il lavoro del personale medico e sanitario, andrebbe a tutto scarico dei pazienti costretti, per la mancanza di barelle, a dover fare di necessità virtù. La parola spetta adesso all'Asl che dovrà fornire risposte per evitare che questa situazione di emergenza peggiori ulteriormente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LE POLEMICHE

I medici sono in sottonumero e il problema sicurezza rappresenta una delle maggiori criticità della struttura



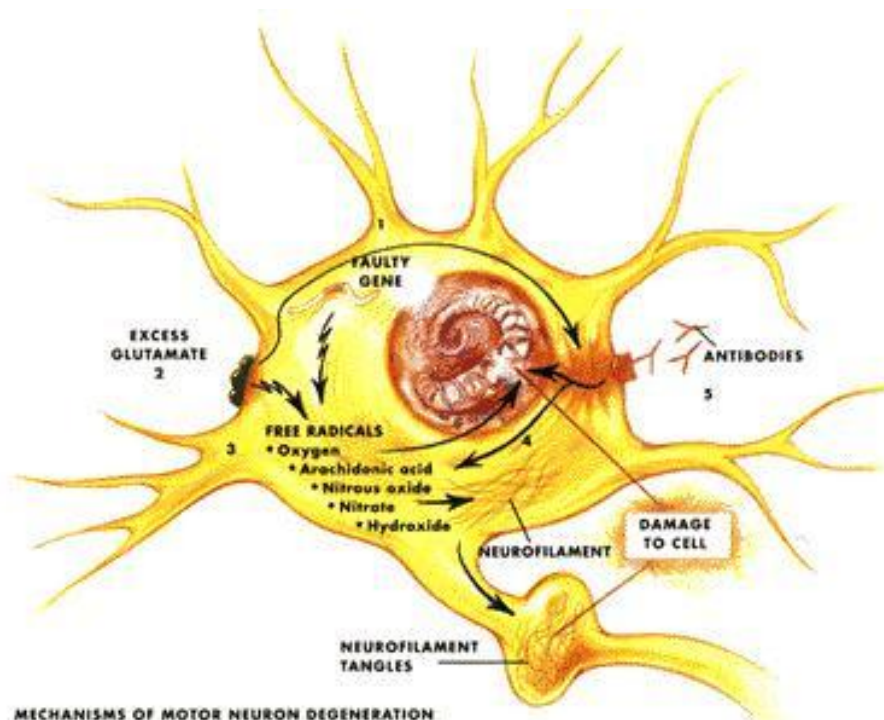
LA DIREZIONE

Ha fatto sapere che le difficoltà maggiori si sono riscontrate in questo periodo di picco influenzale



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Mercoledì 14 GENNAIO 2015

Cervello. Scoperta una molecola che potrebbe rigenerare cellule nervose danneggiate

Il recettore della fosfatidilserina PSR-1 non solo rimuove le cellule nervose danneggiate, ma potrebbe anche rigenerarle. Ottenuto sull'organismo C. elegans, il risultato è interessante, secondo i ricercatori, che sottolineano che ad oggi non ci sono metodi efficaci per riparare tali cellule del sistema nervoso centrale. I due studi su Nature Communications* e Nature**

È stata identificata una molecola che non solo elimina le cellule 'guaste', ma che potrebbe anche rigenerare le cellule nervose danneggiate. Il risultato è stato ottenuto da due studi condotti dalla University of Colorado Boulder, in Colorado, negli Stati Uniti, e dalla University of Queensland (UQ) a Brisbane in Australia. Uno studio è stato pubblicato su *Nature Communications** e l'altro su *Nature***.

La molecola in questione è il recettore della fosfatidilserina (PSR-1), la quale riesce a riconoscere, localizzare e rimuovere le cellule apoptotiche che sono pre-programmate per morire, insieme alle cellule necrotiche che sono state danneggiate e sono causa di infiammazione, ha affermato il Professor **Ding Xue** del CU-Boulder, che ha guidato uno dei studi ed è stato co-autore dell'altro, guidato da **Massimo Hilliard**, Professore Associato del Queensland Brain Institute dell'Università UQ. L'apoptosi, o morte cellulare programmata, è un processo naturale che ogni giorno distrugge miliardi di cellule del nostro organismo.

Entrambi gli studi si sono basati su un modello di laboratorio, l'organismo quasi microscopico *Caenorhabditis elegans*, in cui circa la metà dei geni sono strettamente correlati ai corrispettivi umani. L'apoptosi, o morte cellulare programmata, è un processo naturale che ogni giorno distrugge miliardi di cellule del nostro organismo.

La novità odierna, su modello animale, consiste nel fatto che il recettore della fosfatidilserina PSR-1 potrebbe anche favorire la riconnessione e saldare fibre nervose 'rotte', chiamate assoni (prolungamenti del corpo della cellula nervosa e che ne permettono il corretto funzionamento): in questo modo essi verrebbero rigenerati. Il recettore della fosfatidilserina PSR-1, infatti, è noto come componente essenziale nel processo della fusione assonale (a sua volta importante per il corretto funzionamento delle cellule nervose). "Vorrei definire questo risultato come inaspettato e come qualcosa di sbalorditivo", ha dichiarato il Professor Xue del Department of Molecular, Cellular and Developmental Biology presso il CU-Boulder. "Si tratta della prima volta in cui si scopre che una molecola coinvolta nel processo di apoptosi abbia la capacità di riparare assoni staccati tra loro e riteniamo che tale risultato abbia un grande potenziale terapeutico". In particolare, secondo i risultati degli studi, il recettore PSR-1 svolge un ruolo nelle prime fasi del processo di fusione assonale necessario per la 'neuroriparazione', ha detto Xue. Ancora non è noto se il PSR umano abbia la capacità di riparare assoni danneggiati" ha detto. "Ma ritengo che i nostri nuovi risultati della ricerca rappresentino uno stimolo per un certo numero di gruppi di ricerca per indagare su questa questione".

Il risultato è stato ottenuto su un modello animale e deve essere approfondito.

"Ci stiamo impegnando per comprendere in che modo PSR-1 rimuove le cellule attraverso l'apoptosi e la necrosi, e [i ricercatori, ndr] stanno lavorando per capire se le molecole coinvolte nell'apoptosi hanno anche un ruolo nel processo di neuroriparazione", aggiunge Xue.

Spiegando i risultati nel dettaglio scientifico, i ricercatori riferiscono che durante la morte cellulare programmata, le cellule apoptotiche si 'autodenunciano' spostando dalla membrana interna verso la superficie cellulare un componente specifico della membrana cellulare, noto come fosfatidilserina (PS), preparandosi così ad essere inghiottite. "Si tratta di ciò che noi chiamiamo il segnale 'mangiami'", ha detto Xue.

Per contro, gli assoni rotti nelle cellule nervose inviano alle molecole PSR-1 una sorta di allarme SOS. "Nel momento in cui c'è un taglio alla cellula nervosa, osserviamo un cambiamento nella composizione della PS della membrana cellulare, che agisce come un segnale per le molecole PSR-1 nell'altra parte del nervo, segnale che sostanzialmente recita 'Sono in pericolo, vieni e salvami'", ha spiegato Xue.

Anche il Professor Hilliard ha osservato un ruolo del PSR-1 nella rigenerazione degli assoni in un secondo studio, pubblicato** su *Nature*. In futuro, la neurochirurgia potrebbe combinarsi con la biologia molecolare per fornire risultati clinici positivi e forse trattare condizioni come lesioni del midollo spinale o dei nervi, ha affermato Hilliard.

Mentre fino ad oggi alcuni risultati sono stati raggiunti nella riparazione dei nervi periferici o dei cluster nervosi che si trovano al di fuori del cervello e del midollo spinale, attualmente non esiste una metodica per rigenerare cellule nervose

del sistema nervoso centrale danneggiate, ha spiegato Xue. Il danno a tali componenti può essere causato da malattie o incidenti e in certi casi può determinare una paralisi parziale o totale.

Viola Rita

*Hengwen Yang et al., A lysine-rich motif in the phosphatidylserine receptor PSR-1 mediates recognition and removal of apoptotic cells, Nature Communications 6, Article number: 5717 doi:10.1038/ncomms6717

**Brent Neumann et al., EFF-1-mediated regenerative axonal fusion requires components of the apoptotic pathway, Nature 517, 219–222 (08 January 2015) doi:10.1038/nature14102

Dal Canada Se hai l'ansia sei intelligente La ricerca che ci consola

Ansia e intelligenza (verbale) vanno di pari passo. Detto altrimenti: le persone più capaci di articolare pensieri ed espressioni hanno una tendenza maggiore a preoccuparsi, a rimuginare sugli eventi passati o a pensare ossessivamente a quelli futuri. Così sostiene una ricerca pubblicata dallo psicologo Alexander Penney, della canadese Lakehead University. L'articolo su *Corriere.it* in cui si dava notizia dello studio è stato condiviso oltre 80 mila volte.

L'ansia è uno stato d'animo diffuso: stando a dati Usa, ne soffre una persona su sette. Ancora di più (una su cinque) sono quelle che ne hanno fatto esperienza per periodi limitati. Non è strano che la ricerca sia stata di consolazione a molti.

Che creatività e ansia o *melancolia* si accompagnino spesso è cosa nota fin dall'antichità. E Nadia Fusini, nella sua bella biografia di Virginia Woolf (*Possiedo la mia anima*, Mondadori), descrive così l'angoscia che attanagliava la scrittrice fino a portarla al suicidio: «C'era molta intelligenza nel suo male: un'intelligenza da iniziati, che costava cara — un prezzo d'angoscia che Virginia aveva nel bene e nel male pagato. C'erano state notti in cui, nel fondo dell'abbandono, vegliando, s'era risvegliata a una specie di fermentazione dell'anima (...). Da quell'esperienza patita erano nati i suoi libri più belli».

«È possibile che gli individui con una maggiore intelligenza linguistico-verbale siano più abili nell'analizzare gli eventi presenti e futuri nel dettaglio e che proprio questa loro caratteristica li esponga a rimuginio e ruminazione», ipotizzano ora i ricercatori canadesi.

Inutile, però, illudersi: la correlazione tra ansia e intelligenza non funziona cambiando l'ordine dei fattori. Soffrirne, ahinoi, non regala di per sé alcuna genialità.

La ricerca

Dormire per combattere l'influenza

Dormire tanto aiuta a combattere l'influenza: a confermare la correttezza di uno dei tradizionali rimedi della nonna è la scoperta di una proteina, individuata per ora nel cervello dei topi, che migliora il potere di guarigione garantito dal sonno. Pubblicata sulla rivista sulla rivista "Brain, behavior, and immunity", la scoperta si deve al gruppo dell'università di Washington guidato da James Krueger potrebbe portare allo sviluppo di innovativi farmaci per combattere l'influenza in modo completamente nuovo. A far luce sul segreto nascosto dietro questo semplicissimo rimedio tradizionale è la scoperta del meccanismo d'azione di una molecola prodotta dal cervello chiamata Acpb. Questa proteina innescherebbe infatti durante il sonno una catena di azioni antinfiammatorie che combatterebbero i sintomi

dall'influenza, favorendo il processo di guarigione. Per scoprirlo i ricercatori hanno analizzato il decorso dell'influenza provocata dal virus H1N1 su due gruppi di topi, uno sano e l'altro privato geneticamente della proteina Acpb. I topi normali hanno mostrato le tipiche risposte e dormito molto, mentre quelli privi di questa molecola hanno dormito meno dei topi normali, e sviluppato sintomi più gravi. La scoperta potrebbe quindi portare allo sviluppo di una nuova generazione di farmaci, sotto forma di spray nasali, a base di Acpb per aiutare l'organismo a combattere influenza. Questa stagione di influenza potrebbe provocare un maggior numero di casi con condizioni più gravi: lo prevede il Centro europeo per il controllo delle malattie (Ecdc) sulla base dei dati delle prime 10 settimane dell'influenza in Europa.

+

Super batteri nuova terapia

LA SCOPERTA

L 37% degli italiani ammette di utilizzare antibiotici di propria spontanea volontà, nonostante le raccomandazioni sull'utilizzo dietro consulto medico. La percentuale sale addirittura al 42,9% nella fascia 45-54 anni. Eppure un uso improprio (non solo in termini di dosaggio, ma anche di orari di utilizzo e durata della terapia) può rivelarsi inutile e persino dannoso.

E' questa una cattiva abitudine che segue l'uso fai da te di antidolorifici (55,1%) e che in generale si inserisce nella media di una persona su quattro che assume farmaci con obbligo di prescrizione senza consultare il medico, secondo una recente indagine di dottori.it e Demoskopea tra i 18 e i 65 anni. Il risultato più dannoso nell'usare male gli antibiotici è la

creazione di resistenze, ovvero i batteri diventano in grado di difendersi e così non sono più sensibili alle cure. Non a caso il nostro Paese ha il non invidiabile primato di essere nella fascia con la più alta percentuale di resistenza per tutti i batteri insieme a Grecia, Cipro e Romania.

LA RICERCA

In particolare, continua a crescere la resistenza ai fluorochinoloni e alle cefalosporine di terza generazione da parte di *Escherichia coli* e alle cefalosporine di terza generazione per la *Klebsiella pneumoniae* (responsabili di infezioni che colpiscono i ricoverati in ospedale). Quest'ultimo batterio, inoltre, risulta sempre più resistente anche ai carbapenemi, come dimostrano i dati relativi all'Italia, dove si è passati dall'1% circa del 2008 al 15% del 2010, al 29% nel 2012 e al 35% nel 2013. I carbapenemi sono antibio-

tici di ultima risorsa, dei veri salvavita per infezioni già resistenti alla maggior parte degli antibiotici disponibili. Altri batteri sotto la lente sono l'*Acinetobacter multiresistente*, cioè resistente a fluorochinoloni, aminoglicosidi e carbapenemi, e lo *Stafilococco aureo* resistente alla meticillina (MRSA), la cui percentuale di resistenza rimane sempre critica (intorno al 35%).

Proprio contro questo batterio sembra esserci una speranza con il nuovo antibiotico "teixobactina", il primo in 25 anni, che ha la caratteristica preziosa di essersi rivelato efficace contro le infezioni letali da cosiddetti superbatteri. La scoperta, pubblicata su "Nature" e frutto del lavoro tra inglesi, americani e tedeschi, non è stata ancora sperimentata sull'uomo ma dovrebbe esser disponibile entro qualche anno. Ha un meccanismo d'azione innovativo, perché attacca una molecola

lipidica che svolge un ruolo essenziale nella membrana cellulare dei batteri.

L'antibiotico resistenza si configura come una situazione critica, divenuta ormai un'emergenza di sanità pubblica, che determina aumento della spesa sanitaria, allungamento dei tempi di degenza, fallimenti terapeutici e aumento della mortalità. «Le cause alla base di questo fenomeno sono molteplici - spiega Massimo Andreoni, primario di Malattie Infettive al policlinico Tor Vergata di Roma e presidente Simit- in particolare il largo uso che ne è stato fatto negli ultimi 60 anni in medicina umana, medicina veterinaria, in zootecnia e persino nell'agricoltura ha esercitato e continua oggi ad essere una potente azione selettiva nei confronti dei batteri, che per sopravvivere sono costretti a mutare».

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

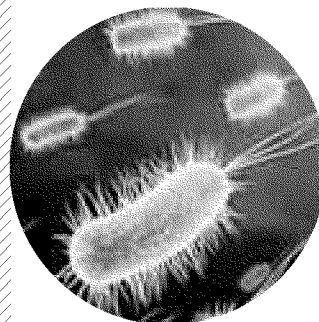
Le regole

Non utilizzare contro i virus

► Gli antibiotici non curano le malattie virali. Raffreddore, influenza e altre affezioni respiratorie vanno valutate dal medico, che è il solo in grado di stabilire se si è in presenza di un'infezione virale o batterica

Prendere tutte le dosi prescritte

► Usare l'antibiotico consigliato dal medico, nella quantità giusta, per tutto il periodo di tempo prescritto. Evitare il "fai da te" anche quando si pensa di sapere come ci si deve curare o si è già preso lo stesso farmaco in altre occasioni

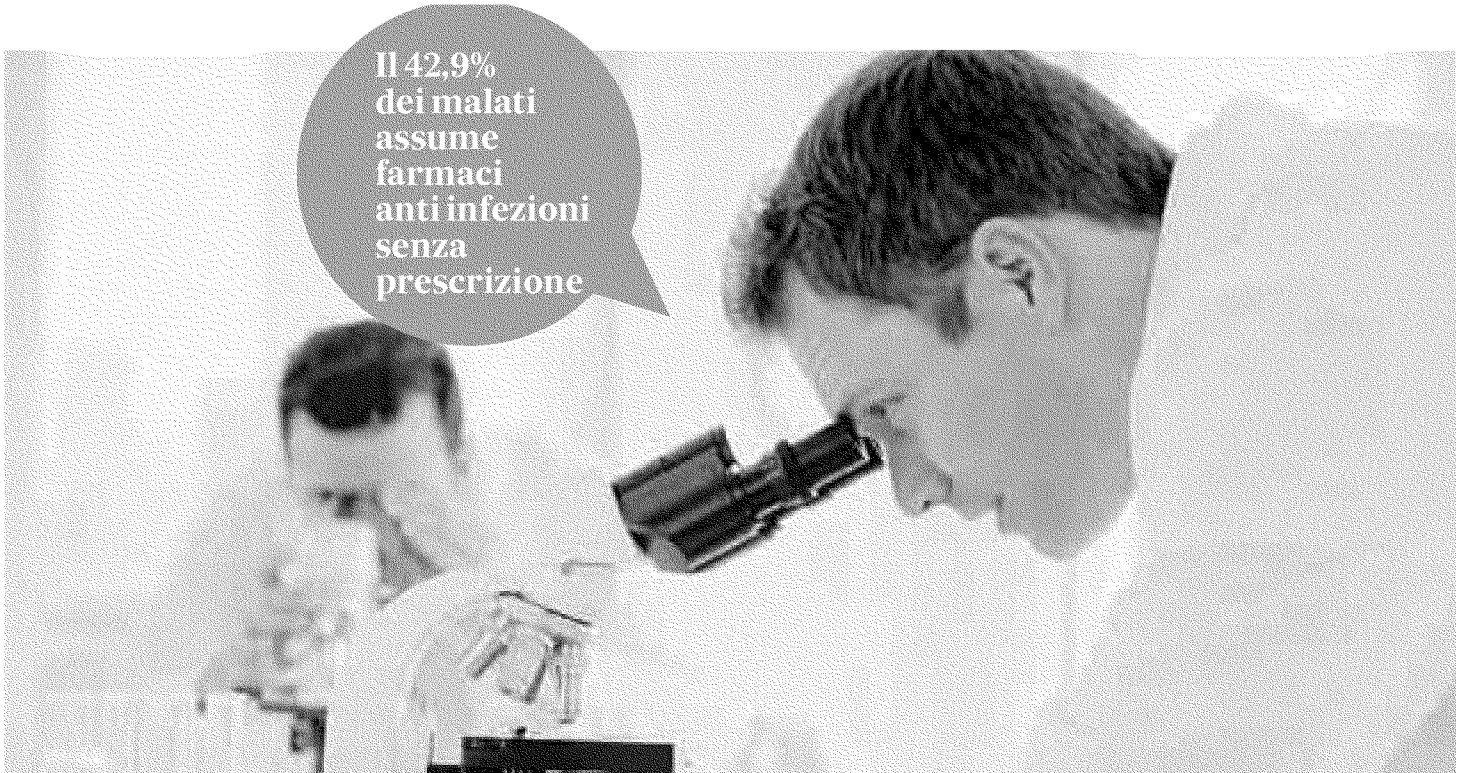


Segnalare le intolleranze

► Segnalare i disturbi al medico che, se possibile, suggerirà un altro farmaco caratterizzato da proprietà antinfettive analoghe, ma meglio tollerato, oppure proporrà ulteriori rimedi in grado di attenuare gli effetti

Controllare i polmoni

► Influenza, agli antibiotici può essere necessario ricorrere se la situazione non migliora in 4-5 giorni e c'è il rischio di un'infezione batterica dei polmoni. Anche in questo caso, a decidere se è il caso di prescriverli



Per la prima volta dopo 25 anni è stato messo a punto un antibiotico contro le resistenze ai farmaci. Ora al via le sperimentazioni sull'uomo

Si ritiene che il sovrappeso provochi mezzo milione di nuovi casi di tumore l'anno

Per gli obesi cancro in agguato I più colpiti si trovano nei paesi ricchi e fra le donne

DI SIMONETTA SCARANE

Mezzo milione di nuovi casi di tumore diagnosticati ogni anno nel mondo sono dovuti al sovrappeso o all'obesità. Questa è la conclusione dello studio pubblicato sulla rivista *Lancet Oncology* dai ricercatori dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc) di Lione.

Guidati da Melina Arnold, sotto la direzione di Isabelle Soerjomataram, hanno stimato il numero di nuovi casi di tumore causati al sovrappeso o all'obesità. Lo studio ha messo in parallelo la distribuzione degli indici di massa corporea della popolazione mondiale nel 2002 con le stime di incidenza e mortalità di 27 carcinomi nei dieci anni successivi, nel 2012.

L'équipe ha anche calcolato la percentuale di tumori che avrebbero potuto essere evitati se le persone avessero mantenuto il proprio peso del 1982.

Lo scarto di dieci anni fra i due registri studiati è necessario per valutare il rischio di sviluppare una malattia come il cancro. «Il rischio è spesso spostato nel tempo ed essere troppo pesanti ora non aumenta il rischio di vedersi diagnosticare un cancro oggi», ha spiegato Catherine Hill, epidemiologo presso l'Istituto Gustave Roussy.

Secondo lo studio, il 3,6% dei nuovi casi di tumore negli over 30 sarebbero da attribuire all'eccesso di peso, con un'incidenza molto maggiore nei paesi ricchi rispetto ai poveri: il 64% dei

tumori correlati al sovrappeso, secondo gli autori, sono diagnosticati in Nord America e in Europa. Le donne sono maggiormente interessate rispetto agli uomini, soprattutto nei paesi ricchi, dove l'8% dei nuovi casi di tumore femminili sarebbe causato dal sovrappeso, contro «solo» il 3% degli uomini. «Questo si spiega abbastanza semplicemente», ha detto Catherine Hill, «perché la localizzazione dei tumori nei quali il sovrappeso gioca un ruolo interessa maggiormente le donne».

I tumori favoriti dal sovrappeso sono i tumori dell'esofago, del colon-retto, del rene, del pancreas, della colecisti (nelle donne), e il cancro al seno in post-menopausa, del collo dell'utero e delle ovaie.

Il sovrappeso è definito dall'indice di massa corporea (imc), ossia il peso in chilogrammi diviso per l'altezza (in metri) al quadrato. Se l'imc è uguale o superiore a 25 si è in sovrappeso, dal 30 in su si è obesi. Così, un adulto alto un metro e 75 centimetri sarà considerato in sovrappeso se pesa più di 77 chilogrammi e obeso a partire da 92 chilogrammi.

In tutto il mondo, l'obesità è raddoppiata dal 1980 e riguarda un po' più le donne (300 milioni) che gli uomini (200 milioni). Quanto al sovrappeso, interesserebbe 1,4 miliardi di adulti d'età superiore a 20 anni, all'incirca il 35%.

Se il ruolo dell'eccesso di peso in alcuni tumori è indiscutibile, più difficile è spiegarlo soprattutto perché il sovrappeso è spesso ac-

compagnato da altri fattori di rischio, comportamentali e ambientali. Inoltre, ha aggiunto Catherine Hill, «non sappiamo se è il peso massimo raggiunto a giocare un ruolo o il tempo trascorso da obeso».

Gli esperti sospettano in particolare tre meccanismi: un eccesso di ormoni secreti dal tessuto adiposo; problemi di infiammazione cronica, e fattori meccanici favoriti da sovrappeso (per esempio, reflusso gastroesofageo, che sarebbe interessato nella comparsa del cancro allo stomaco). Inoltre, l'obesità sembra peggiorare la prognosi, con un ritardo nella diagnosi e trattamenti non sempre adatti al peso del paziente, essendo i nuovi farmaci testati su persone di peso normale.

Fermo restando che l'obesità è un fattore importante di rischio per il cancro, aumenta soprattutto la mortalità per patologie cardio-vascolari, ha ricordato Benjamin Cairns (Università di Oxford), in un commento pubblicato su *Lancet Oncology*. Quanto ai fattori che favoriscono il cancro, il tabacco, seguito dall'alcol, è in testa: ogni anno in Francia, il fumo sarebbe responsabile del 30% delle morti per cancro: 44 mila morti.

—© Riproduzione riservata—■

Superantibiotici coltivati in terra

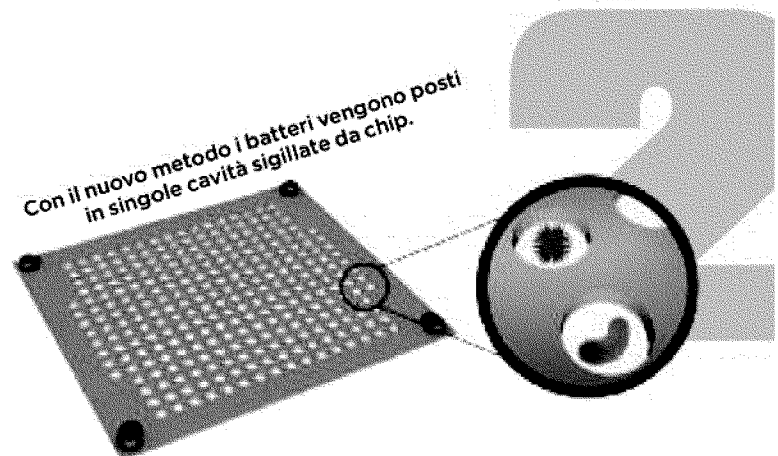
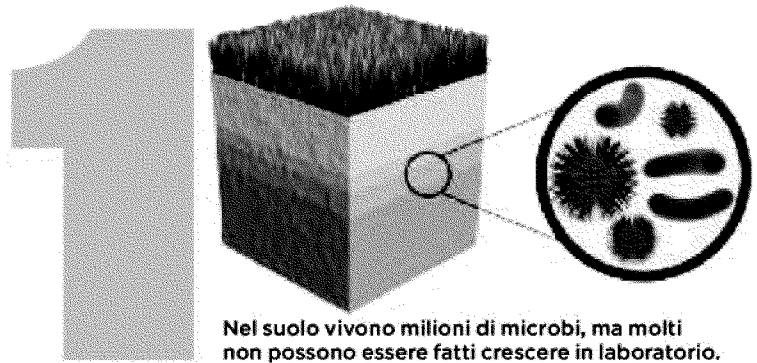
Un nuovo metodo fa crescere nel loro suolo naturale, all'interno di speciali chip, microbi che producono sostanze antibatteriche.

Siamo entrati nell'era post-penicillina. Un gruppo di ricercatori dell'università di Boston ha appena pubblicato sulla rivista *Nature* i risultati di una ricerca potenzialmente rivoluzionaria: un metodo che utilizza la terra per produrre antibiotici in grado di uccidere i batteri senza che questi, a lungo andare, sviluppino resistenza ai farmaci.

Uno dei problemi maggiori che i medici devono affrontare negli ospedali è proprio il fatto che i batteri, riproducendosi, danno origine a mutazioni genetiche che li rendono quasi invincibili. Con la tecnica degli scienziati americani questo problema non sussiste. Uno dei farmaci da loro ricavati, la teixobactina, ha ucciso nei topi un vasto spettro di specie batteriche, dagli stafilococchi al bacillo della tubercolosi, bloccandone la capacità di costruirsi pareti cellulari (gli antibiotici tradizionali funzionano con un meccanismo differente, mirato alle proteine batteriche).

Per ottenere questo risultato, i ricercatori hanno utilizzato un sistema innovativo, creando piccoli «hotel» sotterranei dove coltivare i microbi che vivono nel suolo. Il 99 per cento dei batteri e funghi esistenti in natura non possono essere fatti crescere in laboratorio; eppure molti di loro producono composti capaci di eliminare altri microbi dannosi per l'uomo. Il gruppo di Boston ha realizzato un chip che, all'interno di due strati impermeabili, ospita i microbi prelevati dal suolo. Il chip viene inserito nel terreno dove i microbi crescono e rilasciano i composti con funzione antibiotica, poi testati per verificarne l'efficacia. Finora, grazie a questo sistema, sono stati sviluppati da una compagnia americana circa 25 antibiotici nuovi. E non è da escludere che se ne possano trovare molti di più dato l'enorme potenziale di biodiversità in natura. (Luca Sciortino)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cervello, cuore e tumori: le cure in arrivo nel 2015

SCENARI

FABIO DI TODARO

Se il 2014 verrà ricordato come l'anno di Ebola, che cosa c'è da aspettarsi per i prossimi 12 mesi nel campo della medicina? «Molte novità», promette un team della Cleveland Clinic, tra cui Michael Roizen, anestesista, responsabile del «Wellness Institute» dell'ospedale americano: come ogni anno il gruppo ha azzardato le previsioni per ciò che accadrà in una realtà-chiave come quella delle terapie.

Stroke unit mobili.

Un'ambulanza attrezzata per curare un paziente colpito da ictus ancora prima che arrivi in ospedale. È questa la maggiore novità: le vetture saranno collegate in videoconferenza con i neurologi, chiamati a interpretare i sintomi e dare istruzioni al personale a bordo, in modo da ottimizzare i soccorsi.

Dengue, ecco l'antidoto. Secondo l'Oms, quasi il 50% dell'umanità rischia di contrarre l'infezione, veicolata

da un genere di zanzare. Il contagio è particolarmente aggressivo durante e dopo la stagione delle piogge nelle zone tropicali e subtropicali di Africa, Sud-Est asiatico e Cina, oltre a India, Medio Oriente, America latina e centrale, Australia. In quelle più povere è spesso fatale, ma l'imminente messa a punto di un vaccino potrebbe porre un argine alla malattia.

Prelievi indolori. Per chi ha paura degli aghi è in arrivo un dispositivo in grado di prelevare il sangue da portare in laboratorio attraverso una semplice puntura sul polpastrello (come già accade per la misurazione della glicemia).

Colesterolo controllato. Una nuova categoria di farmaci - gli inibitori dell'enzima Pcsk9 - ha dimostrato di essere efficace nel controllo del colesterolo «cattivo» (Ldl), soprattutto nei pazienti che non registrano particolari successi con la terapia a base di statine. L'approvazione del primo farmaco simile da parte della Food & Drug Administration è attesa negli Usa per il primo semestre di quest'anno.

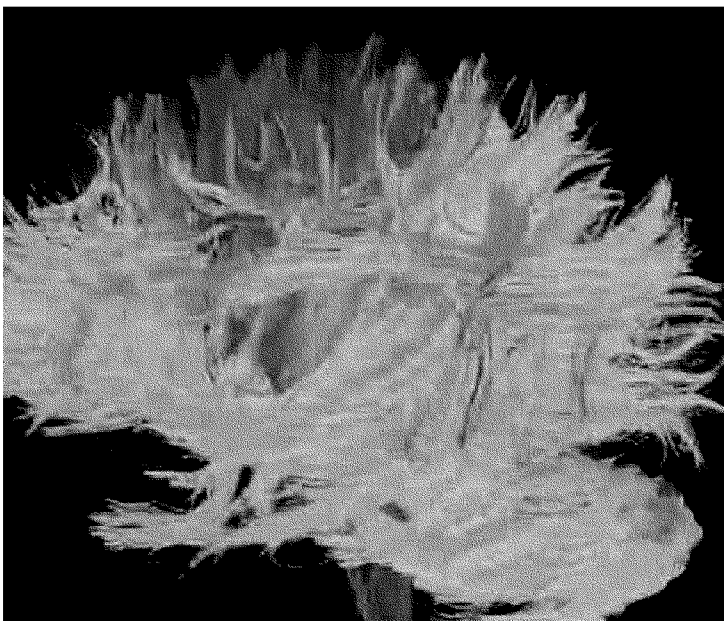
Immunoterapia. L'oncologia conquista tre posizioni della graduatoria: la quinta (chemioterapia specifica), la sesta (immunoterapia) e la nona (radioterapia). Se la chemioterapia ha rivoluzionato l'approccio a molti tumori, più promettente appare lo sviluppo dei farmaci molecolari in grado di colpire in maniera diretta le cellule malate e senza danneggiare i tessuti circostanti.

Sviluppi sono attesi anche nell'ambito dell'immunoterapia, con la messa a punto di anticorpi monoclonali (già utilizzati nella cura del melanoma). Sul penultimo gradino del podio finisce, poi, l'opportunità di utilizzare la radioterapia contro il tumore al seno, con un'unica applicazione durante l'intervento chirurgico.

Pacemaker senza fili. Niente più fili né «tasche» sottocutanee: ciò che serve per regolare il ritmo cardiaco sarà contenuto in una mini-batteria inserita nel cuore. Dispositivi simili sono, in realtà, già in uso da un anno, anche in Italia, per regolare lievi alterazioni del ritmo cardiaco. Ma ora si prevede un dispositivo con batteria al litio che durerà fino a sette anni.

Fibrosi polmonare. Quella idiopatica è diffusa dopo i 65 anni e in Italia colpisce 9 mila persone l'anno: provocata da cicatrici sulla superficie polmonare, è il preludio di un'insufficienza respiratoria (con conseguente carenza di ossigeno per gli altri organi). Si tratta della più frequente tra le malattie rare polmonari. L'aspettativa di vita è tre-cinque anni, ma lo scenario potrebbe cambiare con l'approvazione di due farmaci da parte della Fda: il pirfenidone (già in uso in Italia) e il nintedanib.

Insufficienza cardiaca. In Italia sono tre milioni le persone che soffrono di insufficienza cardiaca. Tutti, finora, sono stati trattati con una combinazione di farmaci per ridurre i sintomi. Molte aspettative, ora, sono riposte sulla neprilisina già approvata dalla Fda come «fast-track» (la procedura che abbrevia l'iter di approvazione di un farmaco per una malattia che non ha ancora una cura). È un inibitore del recettore dell'angiotensina e si è rivelato più efficace rispetto ai trattamenti con Ace-inibitori.



I geni mutati del mesotelioma

“Perché è così aggressivo”



ONCOLOGIA

MARCO ACCOSSATO

È in alcuni geni mutati il perché della ridotta sopravvivenza dei malati di mesotelioma, il tumore associato all'esposizione all'amianto. Grazie a una nuova tecnica sperimentata a Torino si cercherà qui, d'ora in poi, la ragione dell'aggressività di questa forma di cancro. Per la prima volta è stato individuato un alto numero di mutazioni geniche legate alla precoce progressione della malattia.

Lo studio - realizzato al dipartimento di Oncologia dell'Università di Torino in collaborazione con i ricercatori dell'ospedale San Antonio e Biagio di Alessandria - è stato pubblicato sul «Journal of Thoracic Oncology». Spiega il professor Giorgio Scagliotti, direttore del dipartimento di Oncologia, primo autore dello studio: «Abbiamo utilizzato un approccio mirato per valutare retrospettivamente le alterazioni in 52 geni fra quelli

più frequentemente mutati nei tumori in 123 pazienti con mesotelioma maligno della pleura in stadio avanzato». Un «mirino» puntato al cancro, «che ci consente adesso - prosegue - di descrivere accuratamente il tipo, la posizione e il numero di mutazioni genetiche nel mesotelioma, e permette di identificare associazioni con le caratteristiche del paziente, compresi i dati di sopravvivenza».

Mentre si continua a percorrere con grandi punti interrogativi la strada dell'immunoterapia,

**Giorgio
Scagliotti
Oncologo**

RUOLO: È DIRETTORE
DEL DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA
DELL'UNIVERSITÀ DI TORINO

quello compiuto dai ricercatori di Torino e di Alessandria è un passo fondamentale nella lotta contro una malattia nella maggior parte dei casi ancora imbattibile. «I nostri dati - evidenzia Scagliotti - non indicano la presenza di una specifica mutazione “driver”, in grado di influenzare il comportamento della cellula malata come si è osservato in alcuni casi di adenocarcinoma del polmone. Tuttavia nel mesotelioma c'è un accumulo di numerose mutazioni cosiddette “temporanee”, che potrebbero spiegare la fase di latenza molto lunga della comparsa della malattia».

Malattie croniche e livelli di vitamina D «Il vero e il probabile di un rapporto strategico»

FABIO DI TODARO

■ Diabete e malattie cardiovascolari. Tumori e sclerosi multipla. E poi alcune patologie cutanee fino alla tubercolosi. La quasi totalità delle malattie croniche sembra essere legata ai valori ematici della vitamina D.

Il suo deficit fu riconosciuto, già un secolo fa, come la causa del rachitismo (nei bambini) e dell'osteomalacia (negli adulti). Da qui la scoperta che le malattie potevano essere curate con l'esposizione al sole e con la dieta, facendo

«scorta» di alimenti ricchi del micronutriente, come l'olio di fegato di merluzzo oppure le uova, il latte e i suoi derivati. Oggi della vitamina D - il cui apporto deriva in primis dalla conversione del precursore sintetizzato nell'organismo attraverso i raggi solari - si dibatte in contesti che spaziano dall'oncologia alle malattie neurodegenerative e del sistema immunitario. Questa sostanza ha, infatti, una funzione ormai riconosciuta nello sviluppo e nel mantenimento della salute ossea. Sono noti gli apporti adeguati (da 10 a 57 milligrammi al giorno),

variabili dal bambino all'adulto, mentre necessaria è l'integrazione nei neonati (10 milligrammi al giorno) che vivono in aree poco assolate. Le altre evidenze, al momento, risultano tuttavia monche.

«Dosare la vitamina D è diventata una moda», dice Enzo Bonora, direttore del reparto di endocrinologia, diabetologia e metabolismo all'ospedale Maggiore di Verona e presidente della Società Italiana di Diabetologia. «Si stanno moltiplicando le ricerche sul legame tra la carenza del micronutriente e diverse malattie. Ma si tratta di studi osservazionali: non ci sono ancora le prove di benefici derivanti dalla supplementazione della dieta con la vitamina D». Le ricerche continuano.