



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Per una singola prestazione si è passati da un importo di 165 euro agli attuali 184. Tariffe in aumento dal 2003

## Riabilitazione, 20 euro in più per le cure

*Nelle cinque province il numero più basso di posti letto per lungodegenze*

di Serena Finozzi

**NAPOLI** - Riabilitazione appesa ad un filo in Campania. Il settore preposto al sostegno di cittadini vittime di incidenti o reduci da malattie che ne hanno compromesso in tutto o in parte capacità psico-motorie sta diventando un ambito sempre più elitario. La riabilitazione eseguita presso centri convenzionati con il sistema sanitario regionale è infatti uno dei settori maggiormente 'messi a dieta' nel corso degli ultimi anni. Servizi di primaria importanza per numerosi cittadini sono stati ridotti in nome del tanto decantato rientro del deficit sanitario. Un traguardo raggiunto dalla precedente amministrazione regionale sulle spalle, tra gli altri, dei tantissimi campani che necessitano e necessitano di sostegno riabilitativo. Scorrendo il testo del decreto emesso dalla Regione in materia, si vede chiaramente come il servizio abbia continuato a funzionare in questi ultimi anni spostando il baricentro dei pagamenti dalle casse pubbliche a quelle dei cittadini. Dal 2003 al 2014, ad esempio, per l'assistenza domiciliare, si è passati da una spesa di 42,40 euro a 46,24 euro. Una cifra che, per l'anno in corso, subisce un ulteriore rincaro di 10 centesimi. Un trend costantemente in salita evidente anche in altri settori. Per una seduta di riabilitazione in ambulatorio un paziente doveva pagare, fino al 2005, 38,19 euro. L'anno scorso la stessa visita è costata, nelle stesse condizioni,

43,36 euro che arrivano ai 43,45 per il 2015. Ancora: per l'assistenza residenziale si è passati da 165 a 183 euro già diventati in questa prima metà dell'anno 184,16. Aggravi progressivi che vanno via via ad alleggerire le tasche di chi è costretto a confrontarsi quotidianamente con un disagio, sia esso fisico o psichico, temporaneo o cronico. Ed è proprio su tali considerazioni che poggiano le recriminazioni di associazioni che operano in rappresentanza e tutela dei cittadini. Chi sta male è 'obbligato', pena la sua stessa vita, a sottostare ad un sistema che lungi dall'assicurare e facilitare l'accesso ad un servizio, sembra piuttosto speculare sulla sofferenza delle persone. Se non fosse così non si spiegherebbe perché è sempre la Campania a trovarsi in determinate situazioni che non si riscontrano nemmeno nel caso di altre regioni che, come la Campania, avevano problemi di ammanchi legati al settore e che sono state costrette a porre rimedio. Il discorso si ripresenta, infatti, nelle più disparate branche della medicina e praticamente in tutti gli ambiti sanitari. E, vale la pena sottolinearlo, non si stanno valutando prestazioni extra ma quelle che dovrebbero afferire al proverbiale 'minimo sindacale'. Assistenza ospedaliera: il sistema sanitario nazionale dispone di poco più di 204mila posti letto per degenza ordinaria, di cui il 21% nelle strutture private accreditate, 17.509 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (90%) e di

8.393 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (79%). A livello nazionale sono disponibili 3,9 posti letto ogni mille abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,3 ogni mille abitanti. Questo se si guarda all'Italia nel suo complesso. A livello territoriale, la distribuzione dell'indicatore risulta piuttosto disomogenea: tra le regioni in cui si evidenzia una maggiore disponibilità e densità di posti letto spicca il Molise (4,6 posti letto). Dall'altro lato della classifica ci sono l'Umbria con 3,6 posti letto ogni mille abitanti e, ancora più giù, al livello più basso, la Campania (3,2 posti letto). Identiche variazioni emergono se si guarda ai servizi riservati alla riabilitazione di cui si diceva o ancora alla presenza di apparecchiature tecnico-biomediche. Questo il quadro di quello che la Regione dovrebbe assicurare ai cittadini. Analizzando la situazione nella direzione opposta, dal lato dei cittadini che danno alla Regione, dall'ultimo posto della classifica la Campania sale in prima posizione. Sono i dati relativi al pagamento dei ticket, delle visite, delle tasse, e chi più ne ha più ne metta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**CORTE DEI CONTI**

# Sanità, dimezzato il deficit Ma l'assistenza è inadeguata

I CONTI della sanità pubblica italiana godono di una salute migliore rispetto al passato – con perdite dimezzate rispetto al 2013 – ma ora devono vedersela con la necessità di garantire la sostenibilità dei servizi. Lo dice la Corte dei conti nel Rapporto di coordinamento di finanza pubblica 2014 presentato a Roma. Le misure degli ultimi anni hanno comportato un contenimento nella dinamica dei costi complessivi soprattutto grazie al contributo delle Regioni in piano di rientro (Piemonte, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia). Nel 2014 le uscite complessive per l'assistenza sanitaria si sono attestate a 111 miliardi di euro, in aumento dello 0,9% rispetto al 2013. Le perdite prima delle coperture (836 milioni) si riducono di oltre il 50% rispetto al 2013.

A fronte di una riduzione delle spese del personale (-1% rispetto al

2013) aumentano gli acquisti di beni e servizi (+2,5%). Dal lato delle entrate, il sistema di compartecipazione della spesa (i ticket) ha assunto un evidente rilievo: oltre 2,9 mld nel 2014. Con un variazione complessiva (+1,1%) risultato di una crescita del 4,5% dei ticket sui farmaci e di una flessione del 2,2% di quelli sulla specialistica. Secondo la Corte dei Conti, “la partecipazione al costo può essere determinante in una fase di revisione dei confini delle prestazioni pubbliche e in un’ottica di limitare il sovraccarico del sistema fiscale”.

Dalla magistratura contabile arriva anche un avvertimento sull’attuazione dei contenuti del Patto per la salute: “L’impegnativo percorso indicato dal Patto si muove entro margini finanziari stretti, dovendo affrontare costi crescenti per garantire l’accesso a farmaci e tecniche di

cura innovative e offrire assistenza a una popolazione sempre più anziana. Essenziale sarà, quindi, non solo recuperare i margini di efficienza, ma anche riscrivere al più presto le nuove regole per dare certezza al funzionamento del sistema”.

Per quanto riguarda le Regioni in Piano di rientro (Piemonte, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia) l’esercizio si chiude in utile già prima delle coperture “con una netta riduzione delle perdite rispetto al 2013”, sottolinea il rapporto della Corte dei Conti.

Rimangono però per le Regioni in Piano di rientro alcune criticità: “L’assistenza territoriale e la prevenzione risultano inadeguati – conclude il rapporto – elevati sono i ritardi nelle procedure di accreditamento degli operatori privati, la fissazione delle tariffe e l’attribuzione dei budget”. ●●●

Le segnalazioni del Movimento 5 Stelle all'Anticorruzione: gli stipendi dei manager della sanità sono incompleti, chiarezza sull'Ales

## Asl, acqua e beni culturali: indaga Cantone

*Il deputato Gallo: il commissario dell'Ato 3 Sarro incompatibile perché parlamentare di Forza Italia*

**NAPOLI (mb)** - Non solo il sito istituzionale della giunta regionale che non rispetta la legge sulla trasparenza. All'attenzione dell'Autorità nazionale Anticorruzione ci sono altre vicende che riguardano la gestione del potere secondo **Stefano Caldoro**. La nomina di **Carlo Sarro** a commissario dell'Ato 3 è una di queste: è in attesa di una risposta da **Raffaele Cantone** il deputato del Movimento 5 Stelle **Luigi Gallo**. I grillini hanno fatto della trasparenza il loro marchio di fabbrica: stanno col fiato sul collo di chi comanda, a tutti i livelli, fanno esposti, ricorrono

ai tribunali. Eppure, c'è chi, nonostante le 'bacchettate', continua a non adeguarsi alla normativa, come Caldoro che non aggiorna il sito della giunta come prescritto dall'Anac. Cosa vuole nascondere chi governa? E' evidente che qualcuno non vuole che si sappia cosa c'è scritto nelle delibere di giunta adottate nell'ultimo periodo. E dunque rende più difficile la strada per trovarle. C'è da augurarsi che ci sia la possibilità di saperlo nell'immediato, visti gli ultimi sviluppi della vicenda. Di sapere cosa non si vuole rendere pubblico. "Il tema della trasparenza viaggia di pari passo con

*quello della corruzione - spiega Gallo - noi Parlamentari del M5S lo sappiamo bene ed è per questo che numerosi sono gli atti e le segnalazioni che abbiamo inviato in questi anni all'Autorità nazionale anticorruzione. Faccio un esempio concreto di cui mi sono occupato nella sanità Campana. Gli stipendi dei dirigenti delle Asl sono costituiti da una parte fissa ed una parte variabile legata agli obiettivi e bisogna ricordare che molti dirigenti sono stati nominati dai partiti in Regione. Se manca la trasparenza in questo settore rischiamo che i dirigenti invece di rispondere alle*

*esigenze dei cittadini campani risponderanno a quella dei partiti". Dall'Anac Gallo aspetta risposte alle sue segnalazioni su questo tema e su altro, "come sull'incompatibilità del commissario dell'Ato 3 per i servizi idrici Sarro che è anche deputato di Forza Italia e su alcune attività dell'Ales, società in house del Ministero dei Beni Culturali, che sta operando sempre con maggior protagonismo nel Grande Progetto Pompei". In uno scenario così opaco, suona ancor più strano l'appello rivolto da Caldoro ai tecnici dell'amministrazione regionale. Un invito a non perdere*

*tempo, a sbrigarsi nel perfezionamento dei procedimenti relativi alle gare d'appalto avviate dall'ente di palazzo Santa Lucia. Non un invito a fare bene, nel rispetto delle regole e con la massima trasparenza, si badi. Un invito a rispettare i tempi. Si sa, in giro ci sono parecchi 'furbastri' pronti a mettere il cappello sui 'meriti' altrui. E in questo caso sarebbe un peccato, visto l'eccezionale attivismo dell'amministrazione regionale nelle ultime settimane prima delle elezioni. "Queste affermazioni mi danno l'impressione di un assalto alla diligenza lontano dall'etica pubblica - sottolinea ancora Gallo - Quello che è sicuro è che i vecchi politici che hanno fatto i loro interessi invece che quelli dei cittadini con l'ingresso dei consiglieri regionali del M5S in Campania non dormiranno più sonni tranquilli. Andremo a spulciare tutti i documenti anche della precedente legislatura per denunciarli dove ravvisiamo illeciti. Solo in questo modo si troveranno risorse da spendere per i servizi dei cittadini, dal trasporto pubblico gratuito agli studenti, all'abolizione del ticket sanitario".*

## I DATI CGIA

### Comuni, Asl e ministeri, debiti ancora a 60 miliardi

La Pubblica Amministrazione deve ancora alle imprese italiane circa 60 miliardi di euro e tra i debitori i peggiori pagatori risultano i Comuni. Lo evidenzia la Cgia di Mestre che assegna il record negativo all'amministrazione di Catanzaro con 144 giorni di ritardo. Male anche l'Asl del Molise (126 giorni oltre la scadenza) e il Ministero dell'Economia (82 giorni). Sebbene la legge imponga alla Pa di pagare i propri fornitori con tempi massimi tra 30 e 60 giorni, una parte rilevante dei principali Comuni capoluogo, delle Regioni, dei Ministeri e delle Asl continua a non rispettare questa scadenza. Analizzando i siti delle Pa (entro aprile dovevano pubblicare i tempi dei loro pagamenti nel primo trimestre) emerge una situazione «a macchia di leopardo». Mentre i Comuni, le Asl e alcuni Ministeri presentano dei ritardi inaccettabili, le Regioni e alcuni enti pubblici hanno «sfiorato» in misura abbastanza contenuta o hanno addirittura saldato i propri fornitori in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Tra i Comuni capoluogo di regione dietro la maglia nera Catanzaro seguono Perugia con quasi 90 giorni di ritardo, Roma (83 giorni), e Venezia (65). Trento, invece, salda i pagamenti ai propri fornitori con quasi 23 giorni di anticipo rispetto alla scadenza.

Riforme Che cosa cambia per l'Enpam, l'ente di previdenza

# Medici Il welfare guarda alle nuove generazioni

Condizioni favorevoli per i mutui agli under 45. Cambia anche la rappresentanza: favorito chi è ancora in attività

DI ISIDORO TROVATO

**C**omincia oggi il nuovo piano di welfare per l'Enpam, la cassa di previdenza dei medici: mutui, sostegno al reddito e più attenzione ai giovani. Proprio dal 15 giugno vengono messi disposizione 100 milioni di euro per la concessione di prestiti, di cui la metà rivolta esclusivamente a medici under 45. Per questi il tasso sarà fisso al 2,55% fino ad un massimo di 30 anni e per importi fino a 300 mila euro. I mutui finanzieranno l'acquisto, la costruzione o la ristrutturazione della prima casa, fino all'80% del valore. Gli altri 50 milioni di euro verranno concessi con le stesse regole a tutti (sia agli under 45 che agli over 45) e avranno un tasso fisso annuo del 2,95%. Oltre che per l'acquisto, la costruzione e la ristrutturazione della prima casa sarà possibile chiedere il mutuo anche per sostituire un altro già esistente.

Da oggi quindi gli interessati potranno entrare nella loro area riservata per cominciare a compilare le richieste di mutuo. Per dare a tutti le stesse chance di riuscita, le domande si potranno però mandare in occasione di un clic day fissato per il giorno 22 settembre. Le domande si potranno inviare anche nei giorni seguenti, ma verranno prese in considerazione in ordine cronologico di arrivo.

## Perché i mutui

I mutui per l'Enpam sono una forma di investimento. «Premesso che i nostri investimenti devono dare una redditività per finanziare le prestazioni previdenziali e assistenziali — afferma il presidente dell'Enpam Alberto Oliveti —, il loro scopo deve essere anche quello di fare da volano per i nostri iscritti. Noi crediamo nell'allineamento degli interessi. I giovani devono avere convenienza a stare in questo siste-

ma previdenziale, che si basa su un patto tra generazioni. Quindi cerchiamo di dare garanzie a tutti. Il patrimonio infatti è costituito da contributi pagati da chi ha lavorato e che sono stati sottratti al pagamento delle prestazioni per fare da garanzia alla previdenza dei lavoratori di oggi e dei giovani che si affaceranno alla professione domani. Quota parte di questo patrimonio è però anche investibile, seppure in maniera profittevole, sul lavoro e sugli iscritti per innescare un circuito virtuoso. L'Enpam non ha scopo di lucro, perciò non ha bisogno di alzare i tassi di interesse al massimo consentito dal mercato, se a trarne vantaggio sono gli iscritti. Tutti, lavoratori, pensionati e giovani che verranno devono avere convenienza a stare nel sistema».

## Giovani e attivi

Questa manovra si inquadra in un più ampio contesto a favore dei giovani a cui l'Enpam lavora da tempo. Non a caso le nuove norme, appena entrate in vigore, hanno modificato il vecchio sistema di rappresentanza prevedendo l'ingresso nell'Assemblea nazionale anche di un folto gruppo di componenti eletti direttamente dai contribuenti. Per questi posti si sono potuti candidare solo i medici e i dentisti in attività (no pensionati). La filosofia è chiara «visto che chi lavora mantiene chi ha lavorato, la previdenza la devono fare gli attivi», aggiunge Oliveti. Quindi il patto generazionale viene visto come il motore del sistema previdenziale. Del resto tra i medici il divario reddituale fra giovani e anziani va in controtendenza rispetto al resto del panorama italiano. Non solo infatti il cosiddetto «pay gap» tra under 40 e ultraquarantenni è più basso della media (37,57% nel 2014) ma si è anche assottigliato nel tempo (nel 2007 era del 40,67%), a causa dell'aumento dei redditi dei giovani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità Alberto Oliveti, presidente dell'Enpam, la Cassa di previdenza e assistenza di medici e dentisti

**Riforme** Che cosa cambia per l'Enpam, l'ente di previdenza

# Medici Il welfare guarda alle nuove generazioni

Condizioni favorevoli per i mutui agli under 45. Cambia anche la rappresentanza: favorito chi è ancora in attività

DI ISIDORO TROVATO

**C**omincia oggi il nuovo piano di welfare per l'Enpam, la cassa di previdenza dei medici: mutui, sostegno al reddito e più attenzione ai giovani. Proprio dal 15 giugno vengono messi a disposizione 100 milioni di euro per la concessione di prestiti, di cui la metà rivolta esclusivamente a medici under 45. Per questi il tasso sarà fisso al 2,55% fino ad un massimo di 30 anni e per importi fino a 300 mila euro. I mutui finanzieranno l'acquisto, la costruzione o la ristrutturazione della prima casa, fino all'80% del valore. Gli altri 50 milioni di euro verranno concessi con le stesse regole a tutti (sia agli under 45 che agli over 45) e avranno un tasso fisso annuo del 2,95%. Oltre che per l'acquisto, la costruzione e la ristrutturazione della prima casa sarà possibile chiedere il mutuo anche per sostituirne un altro già esistente.

Da oggi quindi gli interessati potranno entrare nella loro area riservata per cominciare a compilare le richieste di mutuo. Per dare a tutti le stesse chance di riuscita, le domande si potranno però mandare in occasione di un clic day fissato

per il giorno 22 settembre. Le domande si potranno inviare anche nei giorni seguenti, ma verranno prese in considerazione in ordine cronologico di arrivo.

## Perché i mutui

I mutui per l'Enpam sono una forma di investimento. «Premesso che i nostri investimenti devono dare una redditività per finanziare le prestazioni previdenziali e assistenziali — afferma il presidente

dell'Enpam Alberto Oliveti —, il loro scopo deve essere anche quello di fare da volano per i nostri iscritti. Noi crediamo nell'allineamento degli interessi. I giovani devono avere convenienza a stare in questo sistema previdenziale, che si basa su un patto tra generazioni. Quindi cerchiamo di dare garanzie a tutti. Il patrimonio infatti è costituito da contributi pagati da chi ha lavorato e che sono stati sottratti al pagamento delle prestazioni per fare da



**Sanità** Alberto Oliveti, presidente dell'Enpam, la Cassa di previdenza e assistenza di medici e dentisti



garanzia alla previdenza dei lavoratori di oggi e dei giovani che si affaceranno alla professione domani. Quota parte di questo patrimonio è però anche investibile, seppure in maniera profittevole, sul lavoro e sugli iscritti per innescare un circuito virtuoso. L'Enpam non ha scopo di lucro, perciò non ha bisogno di alzare i tassi di interesse al massimo consentito dal mercato, se a trarne vantaggio sono gli iscritti. Tutti, lavoratori, pensionati e giovani che verranno devono avere convenienza a stare nel sistema».

## Giovani e attivi

Questa manovra si inquadra in un più ampio contesto a favore dei giovani a cui l'Enpam lavora da tempo. Non a caso le nuove norme, appena entrate in vigore, hanno modificato il vecchio sistema di rappresentanza prevedendo l'ingresso nell'Assemblea nazionale anche di un folto gruppo di componenti eletti direttamente dai contribuenti. Per questi posti si sono potuti candidare solo i medici e i dentisti in attività (no pensionati). La filosofia è chiara «visto che chi lavora mantiene chi ha lavorato, la previdenza la devono fare gli attivi», aggiunge Oliveti. Quindi il patto generazionale viene visto come il motore del sistema previdenziale. Del resto tra i medici il divario reddituale fra giovani e anziani va in controtendenza rispetto al resto del panorama italiano. Non solo infatti il cosiddetto «pay gap» tra under 40 e ultraquarantenni è più basso della media (37,57% nel 2014) ma si è anche assottigliato nel tempo (nel 2007 era del 40,67%), a causa dell'aumento dei redditi dei giovani.

## Studi sui costi

Investire  
in prevenzione  
fa risparmiare

**V**ite salvate, ma anche benefici economici con le vaccinazioni, secondo uno studio condotto negli Stati Uniti. «Si stima che negli Usa tra il 1994 e il 2013 siano stati 322 milioni i casi di malattie evitati, 21 milioni i ricoveri risparmiati — dice Louis Bell, responsabile della divisione di Pediatria del Children's Hospital di Philadelphia —. In termini economici, i vaccini hanno fatto risparmiare 295 miliardi di dollari per costi diretti e 1,38 trilioni di dollari per costi indiretti». E in Italia? Secondo i calcoli di Alberto Villani, vicepresidente della Società Italiana di

Pediatria: «I circa 150 casi l'anno di meningite da meningococco B prevenibili (di cui il 10% mortale), per esempio, costano al Servizio sanitario tra i 17 e i 21 milioni di euro, mentre per il 10-20% di casi gravi si va dai 18 ai 47 milioni di euro». Ma, soprattutto, con le vaccinazioni si sarebbero evitati esiti fatali e gravi disabilità.

**M. G. F.**

# quotidianosantà.it

Lunedì 15 GIUGNO 2015

## Vargiu (Sc): "Risorse del Fondo sanitario nazionale non sufficienti a garantire la salute dei cittadini"

***Così il presidente della commissione Affari Sociali della Camera è intervenuto su Radio Cusano Campus. Per Vargiu la prevenzione rivestirà un ruolo fondamentale per il Ssn. "L'obiettivo da perseguire non è abbattere i costi, ma allungare la vita delle persone e garantirgli salute".***

"Le risorse del Fondo sanitario nazionale non sono sufficienti a garantire la salute dei cittadini". Così il presidente della commissione Affari Sociali della Camera, **Pierpaolo Vargiu**, ai microfoni della trasmissione *Genetica oggi* in onda su Radio Cusano Campus, è intervenuto su un tema di scottante attualità. Proprio in questi giorni, infatti, si è in attesa della più volte rimandata intesa Stato Regioni riguardante i tagli previsti dalla stabilità 2015 e, più in particolare, il taglio da 2,3 mld al Fondo sanitario nazionale. La scorsa settimana, la commissione Sanità del Senato, ha approvato all'unanimità il [documento finale dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn](#) nella quale veniva stroncata la politica dei tagli alla settore: "Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia", scrivevano i senatori. Ora, anche il presidente della commissione sanità di Montecitorio prende posizione.

"La prevenzione è oggi la vera carta importante da giocare per il nostro sistema sanitario - ha affermato Vargiu -. L'obiettivo del sistema sanitario non è abbattere i costi, ma allungare la vita delle persone e garantirgli salute. Proprio per questo motivo, i soldi vanno spesi nel modo migliore possibile. Noi abbiamo un fondo sanitario nazionale che è intorno ai 110 miliardi di euro, il tema è se questi soldi siano sufficienti o meno per garantire la salute dei cittadini. Secondo me non sono sufficienti, per cui le richieste che vengono dai cittadini spesso sono lente ad essere soddisfatte. Per questo non dobbiamo sprecare neanche un centesimo".

"Invece ogni anno, per la cosiddetta 'medicina difensiva', buttiamo 10 miliardi dei 110 che dovremmo spendere in sanità dentro il cesso e tiriamo la catena. Questi soldi vengono usati per una serie di accertamenti diagnostici e interventi terapeutici, che non sono assolutamente utili al paziente ma servono solo al medico per tutelarsi di fronte ad eventuali denunce penali - ha concluso -. E' evidente che dobbiamo uscire da questo meccanismo".

# quotidianosanita.it

Sabato 13 GIUGNO 2015

## Indagine sostenibilità Ssn. La commissione Sanità approva all'unanimità la relazione. "Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia"

***Partita a giugno del 2013, l'indagine si è conclusa questa settimana in Senato. Mutuati i contenuti delle [comunicazioni di medio periodo](#) rese dai senatori Luigi d'Ambrosio Lettieri e Nerina Dirindin. Confermato da tutti i membri della commissione il documento "politico" che mette in discussione la tesi dei "tagli indispensabili alla sanità", e rilancia il ruolo del Parlamento nelle scelte sociali ed economiche del Paese. [IL DOCUMENTO](#)***

"Le politiche per la tutela della salute sono uno strumento fondamentale per la coesione sociale, un potente traino per l'economia e l'occupazione nonché un importante fattore di sviluppo di settori ad alta tecnologia e intensità di ricerca". E, soprattutto: "La sostenibilità futura del Servizio sanitario nazionale potrebbe non essere garantita".

Partono da questo assunto le conclusioni della "Indagine sulla sostenibilità del Ssn" approvate all'unanimità dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato che in dieci punti ha presentato le sue osservazioni e le proposte per rimettere in sostenete il Ssn. Anche perché, come si legge nella relazione finale "la sostenibilità della spesa può e deve essere affrontata come una sfida di pubblica priorità nella riallocazione delle risorse per soddisfare al meglio i bisogni della popolazione". Nel suo contenuto, come spiegato dalla presidente della XII commissione di Palazzo Madama, **Emilia Grazia De Biasi**, nel testo finale vengono mutuati i contenuti delle [comunicazioni di medio periodo](#) rese dai senatori **Luigi d'Ambrosio Lettieri** e **Nerina Dirindin**.

"Nelle diverse audizioni svoltesi durante l'indagine – si legge nella relazione finale – è stato osservato come il Ssn, dalla sua costituzione nel 1978 fino ad oggi, sia stato protagonista di una rapida espansione sotto il profilo sia qualitativo che quantitativo. Al crescente peso istituzionale sono seguite numerose misure di riordino della spesa pubblica investita in questo settore. L'Italia, insieme a altri Paesi occidentali industrializzati, ha dovuto fronteggiare fin da subito il problema della sostenibilità economica e del mantenimento dell'equilibrio tra garanzie ai cittadini, organizzazione dei servizi, uniformità del sistema e qualità delle prestazioni offerte. La sfida principale che l'Italia ha dovuto affrontare, e sta affrontando in questi anni, è quella di rendere la spesa pubblica per la sanità sostenibile senza pregiudicare la qualità dei servizi sanitari e l'equità di accesso alle cure.

Nonostante ciò – prosegue la relazione – anche la sanità sta pagando un pesante contributo alle politiche di contenimento dei costi messe in atto dai Governi succedutisi fino ad oggi, attraverso manovre di particolare entità per il Servizio sanitario nazionale che se da un lato hanno favorito una razionalizzazione del sistema dall'altro stanno mettendo a dura prova i bisogni dei cittadini. E di nuovo, oggi, il nostro Ssn è chiamato a fronteggiare una serie di importanti sfide che incideranno sulla possibilità tanto di garantire nel medio-lungo termine il rispetto dei principi di universalità, solidarietà ed equità nell'erogazione dei servizi, quanto di mantenere il nostro Servizio sanitario nazionale ai primi posti a livello globale per la qualità dell'offerta

In tale ottica, la Commissione ha assunto quindi le seguenti conclusioni.

**1. Il finanziamento del Ssn:** le restrizioni imposte alla sanità pubblica, in particolare nelle regioni sotto Piano di Rientro, hanno contribuito, dal 2010 ad oggi, a contenere in modo significativo la spesa sanitaria, ma stanno producendo effetti preoccupanti sul funzionamento dei servizi e sull'assistenza erogata ai cittadini. La

Commissione ritiene che, nei prossimi anni, il sistema non sia in grado di sopportare ulteriori restrizioni finanziarie, pena un ulteriore peggioramento della risposta ai bisogni di salute dei cittadini e un deterioramento delle condizioni di lavoro degli operatori. Eventuali margini di miglioramento, sempre possibili, possono essere perseguiti solo attraverso una attenta selezione degli interventi di riqualificazione dell'assistenza, soprattutto in termini di appropriatezza clinica e organizzativa, evitando azioni finalizzate al mero contenimento della spesa, nella consapevolezza che i risparmi conseguibili devono essere destinati allo sviluppo di quei servizi ad oggi ancora fortemente carenti, in particolare nell'assistenza territoriale anche in relazione all'aumento delle patologie cronico-degenerative;

**2. La sostenibilità della spesa privata:** la sostenibilità della spesa sanitaria pubblica non può essere approfondita senza affrontare in modo esplicito il suo aspetto speculare, la sostenibilità della spesa privata per la salute, di dimensioni rilevanti, in particolare in alcune settori di assistenza e per molte famiglie già pesantemente colpite dalla crisi economica. Particolare attenzione deve essere riservata alla spesa per le varie forme di protezione integrativa, analizzandone i costi e i benefici (per il singolo cittadino, per la collettività e per le finanze pubbliche), il ruolo nella tutela della salute nonché l'adeguatezza della relativa disciplina a tutela del consumatore di prestazioni sanitarie;

**3. Un piano straordinario di investimenti:** la carenza di risorse per gli investimenti costituisce un elemento di grande debolezza per il Servizio sanitario nazionale: il degrado di molte strutture sanitarie, il mancato rispetto delle norme di sicurezza e l'obsolescenza di alcune dotazioni tecnologiche mettono a rischio la qualità dei servizi oltre che la credibilità delle istituzioni. Un Piano straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, accuratamente disegnato in modo da evitare i passati insuccessi di alcune regioni, potrebbe costituire un volano per l'occupazione e la crescita, oltre che una occasione per ammodernare il patrimonio del Ssn, soprattutto nelle regioni più fragili. Un aggiornamento dello stato di obsolescenza delle strutture sanitarie pubbliche e della sicurezza delle stesse (per gli operatori e per i pazienti) appare fondamentale in vista di una nuova programmazione degli interventi. La Commissione propone inoltre l'inserimento delle infrastrutture sanitarie fra gli investimenti finanziabili attraverso i finanziamenti europei, a partire dai fondi strategici del piano Juncker;

**4. La ridefinizione e il monitoraggio dei Lea:** Il complesso sistema di governance del Ssn, che non ha eguali in tutta la Pubblica Amministrazione e che ha anticipato le azioni di revisione della spesa oggi avviate in molti altri settori, ha consentito di ridurre i disavanzi e contrastare i maggiori fattori di inefficienza, ma non ha prodotto altrettanti risultati sul fronte della completezza dell'offerta, dell'accessibilità delle cure e dell'equità del sistema. La Commissione ritiene che non sia più rinviabile una revisione dei LEA, in funzione dei reali bisogni di salute dei pazienti (dati i mutamenti socio-demografici ed epidemiologici di questi ultimi decenni) e secondo i principi della medicina basata sulle evidenze scientifiche, secondo le logiche di Health Technology Assessment, nonché una robusta revisione degli strumenti di verifica del rispetto dei livelli essenziali di assistenza, in tutte le regioni e in particolare in quelle in Piano di Rientro, innovando nei metodi e nei contenuti, anche in relazione alle nuove evidenze oggi disponibili;

**5. Una governance per l'uniformità:** nella tutela della salute le diseguaglianze fra regioni e all'interno di una stessa regione sono sempre più inaccettabili, soprattutto in un periodo di grave crisi economica; esse sono inoltre almeno in parte evitabili attraverso l'adozione di specifici programmi di intervento a livello locale, regionale e nazionale. L'obiettivo di una diffusa sanità di buon livello, in cui le eccellenze non si contrappongono alle manchevolezze ma spiccano su una generale buona qualità a disposizione di tutta la popolazione, deve essere considerato una delle priorità per i prossimi anni. La Commissione ritiene opportuno uno specifico sforzo volto a promuovere un sistema organico di strumenti di governance per l'uniformità degli standard dell'offerta sanitaria all'interno del Paese nei diversi aspetti dell'accesso, della completezza e della qualità dell'offerta, degli oneri a carico dei cittadini, degli esiti in termini di salute. A questo riguardo particolare attenzione va riservata agli effetti della povertà sulla salute e sui bisogni di assistenza;

**6. Le risorse umane:** i molteplici vincoli imposti alla spesa e alla dotazione del personale stanno indebolendo il servizio sanitario in tutte le regioni, demotivando e destrutturando la principale risorsa su cui può contare un sistema di servizi alla persona. Un altro aspetto rilevante riguarda il rischio di carenza di professionalità mediche, con conseguenti gravi rischi anche per l'offerta sanitaria: le piramidi per età dei medici del Ssn mettono in evidenza che l'età media è salita dal 2001 al 2007 di circa 3 anni, da 47 a 50 anni. Preoccupa l'uso intensivo della forza lavoro, con turni sempre più massacranti, largo impiego di precariato, penalizzazioni economiche e di carriera, fenomeni rilevati anche dall'Europa e dalla Corte di Giustizia europea. La Commissione ritiene urgente la definizione di un piano di programmazione per le risorse umane, che preveda una accurata revisione dei vincoli vigenti introducendo elementi di flessibilità, favorendo l'inserimento di nuove

leve di operatori, rimodulando il turn-over, ipotizzando forme di staffetta intergenerazionale, superando il blocco dei contratti (anche solo nella parte normativa). Altri aspetti urgenti riguardano inoltre la razionalizzazione dei percorsi formativi, la riforma degli ordini professionali e il tema del rischio clinico;

**7. La formazione:** la Commissione ritiene opportuno aprire una fase di verifica e revisione dei percorsi formativi, per l'accesso alle diverse professioni e per l'aggiornamento degli operatori della sanità, guardando ai contenuti, ai soggetti e ai luoghi della formazione, con l'obiettivo di utilizzare al meglio le risorse disponibili (sempre più limitate) e di innalzare la qualità della formazione, in un'ottica di programmazione di medio-lungo periodo del fabbisogno di personale per il sistema di tutela della salute della popolazione. A tal fine è necessario una maggiore compenetrazione, come ha sentenziato la Corte Costituzionale, tra la missione dell'Università (incentrata prioritariamente, ma non esclusivamente, su formazione e ricerca) e quella del sistema sanitario nazionale (prioritariamente rivolta alla cura e all'assistenza, ma sempre più attenta anche alla ricerca e alla formazione).

**8. Migliorare la regolamentazione della responsabilità del medico e ridurre i costi della medicina difensiva.** La medicina difensiva, cioè la tendenza dei medici a prescrivere più esami, visite e farmaci del necessario per scongiurare eventuali procedimenti giudiziari e richieste di risarcimento da parte dei pazienti, costituisce un tema sempre più alla ribalta negli ultimi anni anche per l'aumento dei costi della stessa. Vi è poi nel nostro Paese la necessità di migliorare la regolamentazione della gestione del rischio clinico sia per tutelare i professionisti nella realizzazione dell'atto medico (anche tenuto conto delle sollecitazioni della Comunità europea) sia per garantire i pazienti che spesso devono attendere fino a 4-5 anni per il risarcimento del danno.

È indispensabile rivedere la regolamentazione della responsabilità sanitaria, per tutelare da un lato il medico nella realizzazione dell'atto clinico (di per sé rischioso) e dall'altro il paziente nel diritto ad una informazione completa e chiara e al risarcimento del danno in tempi brevi;

**9. L'informatizzazione e la digitalizzazione della sanità:** l'informatizzazione dei sistemi sanitari e le nuove tecnologie digitali contribuiscono ad aumentare l'efficienza e l'efficacia del sistema e favoriscono la personalizzazione delle cure. Soluzioni tecnologiche nell'ambito dell'eprescription, ebooking, mobilità, FSE e cloud possono consentire inoltre una maggiore accessibilità e un migliore monitoraggio dei pazienti (anche a distanza) nonché una maggiore integrazione tra gli operatori che possono valutare con maggiore appropriatezza gli interventi di cura lungo tutto il percorso di cura del paziente. In questa logica assume rilevanza anche il dossier farmaceutico che, essendo parte integrante dell'FSE, può consentire il governo della spesa agevolando l'attuazione della pharmaceutical care. Il Patto sulla sanità digitale in fase di elaborazione e previsto nel Patto per la salute 2014-2016, può essere certamente un documento importante di indirizzo strategico per i sistemi sanitari regionali ma occorre mantenere una regia a livello centrale che possa garantire una progettazione unitaria su standard condivisi, una valutazione attraverso indicatori di processo e di risultato nonché il monitoraggio e il supporto all'implementazione;

**10. Legalità e trasparenza:** nonostante la crescente attenzione, il sistema sanitario deve ancora dotarsi, sul piano culturale ed etico - oltre che tecnico-amministrativo, di un insieme organico di strumenti volti a promuovere l'integrità del settore, per sua natura particolarmente esposto al rischio di contaminazioni da fenomeni di abuso di potere, frodi, corruzione. Formazione culturale e informazione devono divenire prassi diffuse a tutti i livelli, compreso quello politico-decisionale. Non si tratta solo di combattere la corruzione: si tratta di lavorare per l'integrità in tutte le sue forme, dal mancato rispetto dei diritti dei cittadini (la prima forma di illegalità) alla sicurezza dei luoghi di cura, dai conflitti di interesse ai contratti di fornitura, dal caos amministrativo al rispetto dei contratti di lavoro. La valutazione delle performance delle aziende sanitarie non può prescindere dal monitoraggio di elementi propri della trasparenza e della legalità. Particolare attenzione dovrà essere dedicata, e non solo nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro, alle connessioni fra disavanzi di bilancio, disordine amministrativo, qualità degli apparati tecnici, corruzione politica e condizionamenti della criminalità organizzata; a tal fine si ritiene debbano essere individuati specifici strumenti per il "rientro nella legalità" con riferimento alle aziende sanitarie interessate da commissariamento o gravi fenomeni di corruzione.

**RICERCA. 2**

## Dalle biotecnologie alla medicina: progetti congiunti tra Italia ed Egitto

**DI ANNA LEPRE**

**SCADE MERCOLEDÌ** 15 luglio il termine per partecipare al bando per la presentazione di progetti congiunti italo egiziani "Scambio di ricercatori" e "Grande rilevanza". Il Bando, pubblicato dal Ministero degli Affari Esteri e Cooperazione Internazionale, s'inquadra nell'Accordo di collaborazione scientifica e tecnologica tra Italia ed Egitto e costituisce uno dei momenti di attuazione del Programma esecutivo 2016-2018. I coordinatori scientifici italiani dei progetti devono avere cittadinanza in Italia o in un Paese dell'Unione Europea, purché residenti in Italia.

I coordinatori scientifici egiziani dei progetti devono avere cittadinanza egiziana. I progetti potranno essere presentati nelle seguenti aree di ricerca: Agricoltura e Scienza e tecnologia del cibo; Energia e Sviluppo; Salute, Biotecnologie e Medicina; Nanoscienze e Materiali avanzati; Tecnologia applicata al patrimonio culturale; Telerilevamento, Scienze spaziali e Geofisica; Scienze di base.

Per quanto riguarda il progetto "Scambio di ricercatori", la parte italiana sosterrà le spese di viaggio in Egitto dei ricercatori italiani (o con nazionalità di altro Paese membro Ue ma residenti in Italia) e darà un contributo di 93 euro al giorno (per visite di breve durata fino a 10 giorni) o di 1.300 euro (per visite di lunga durata, 30 giorni) per le spese di soggiorno in Italia dei ricercatori egiziani.

La parte egiziana sosterrà le spese di viaggio in Italia dei ricercatori egiziani e darà un contributo di 800 sterline egiziane al giorno (circa 93 euro, per visite di breve durata) o di 10.000 sterline egiziane (circa 1.160 euro, per visite di lunga durata) per le spese di soggiorno in Egitto dei ricercatori italiani (o con nazionalità di altro Paese membro Ue ma residenti in Italia).

I progetti di grande rilevanza devono essere presentati congiuntamente da entrambe le parti, ciascuna al proprio ministero.

Il contributo del Ministero degli Affari esteri italiano dovrebbe coprire il 40-50% del costo, per un valore che presumibilmente si aggirerà sui 20-30 mila euro annui.

I progetti dovranno essere presentati in inglese sia dal coordinatore italiano che da quello egiziano tramite le rispettive piattaforme on-line. Quelli valutati positivamente potranno partecipare all'apposito bando annuale per la richiesta di cofinanziamento, pubblicato dalla Direzione generale per la promozione del Sistema Paese - Unità per la Cooperazione scientifica e tecnologica nel sito web del Ministero degli Affari esteri. ●●●



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



## La sanità

### Riabilitazione, ok all'accREDITAMENTO

È stato disposto dalla Regione Campania l'accREDITAMENTO istituzionale definitivo per due strutture sanitarie dell'Asl di Benevento che erogano attività di assistenza in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno: la casa di cura privata «Villa Margherita» in contrada Piano Cappelle a Benevento e il Centro Medico di Diagnostica e Riabilitazione spa di Sant'Agata dei Goti.

## La sanità

### AccREDITAMENTO regionale: ok a nuovi posti di riabilitazione



**Assistenza** L'Asl di Benevento: accREDITATE altre due strutture

**Luella De Ciampis**

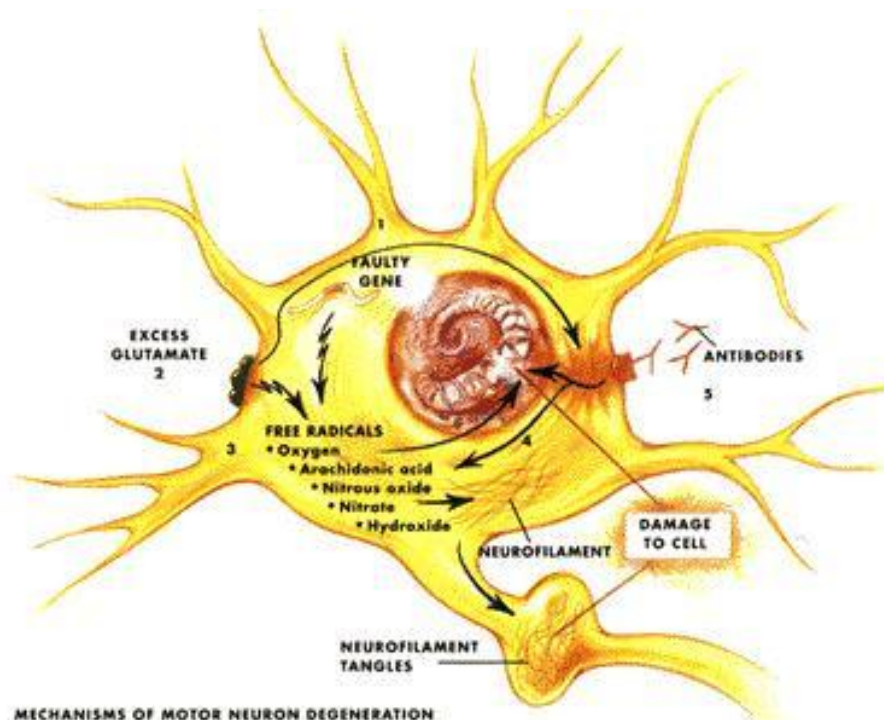
A integrazione del decreto commissariale n.130 di ottobre 2014 è stato disposto dalla Regione Campania l'accREDITAMENTO istituzionale definitivo per due strutture sanitarie dell'Asl di Benevento che erogano attività di assistenza in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno: la casa di cura privata «Villa Margherita» in contrada Piano Cappelle a Benevento e il Centro Medico di Diagnostica e Riabilitazione spa di Sant'Agata dei Goti. I fondi regionali saranno stanziati per 135 posti letto nella struttura riabilitativa di Villa Margherita, dei quali, 105 sono per il recupero e la riabilitazione funzionale e 30 per la lungo degenza. Saranno invece 26 in tutto, esclusivamente per il recupero e la riabilitazione funzionale, i posti letto per il Cmr di Sant'Agata dei Goti. Il decreto, infatti, oltre a Villa Margherita e al centro di Sant'Agata dei Goti, era rivolto alla Casa di Cura Gepos srl con sede nel comune di Telesse Terme, per cui era già stato predisposto l'accREDITAMENTO per 56 posti letto, contestualmente al decreto commissariale.

Il provvedimento ha fatto seguito alla nota di gennaio 2015, attraverso la quale il commissario straordinario della Asl di Benevento, Gelsomino Ventucci aveva comunicato l'esito degli approfondimenti condotti per Villa Margherita e per la struttura di Sant'Agata dei Goti, accertando sia il percorso relativo ai precedenti rapporti intercorsi con la struttura, dal quale era stato rilevato il rapporto contrattuale ex art. quinquies del decreto legge 502/1992, instaurato quindi prima del primo luglio 2007, sia il possesso delle condizioni e dei requisiti per i quali si richiede l'accREDITAMENTO. Infatti, poiché con decorrenza dal primo gennaio 2008, sono stati soppressi gli accREDITAMENTI transitori delle strutture private già convenzionate, non confermati da accREDITAMENTI provvisori o definitivi, le strutture in oggetto, oltre che per i requisiti meramente tecnici richiesti, rientrano pienamente nel quadro normativo necessario all'accREDITAMENTO, anche per quel che concerne i tempi imposti dal riordino della disciplina in materia sanitaria.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



# Dormire bene contro ansia e depressione

## Lo stress può incidere gravemente sulla salute L'allarme dei ricercatori europei e americani

### Lo studio

Secondo dei recenti studi americani il sonno può essere molto importante contro alcune malattie degenerative del cervello: dormire poco e male provoca gravi danni

**A**nsia, stress, depressioni ma anche la crisi economica che negli ultimi anni sta vivendo l'Italia. Sono queste alcune delle cause dell'insonnia degli italiani.

Lo dice un uno studio realizzato dal Centro Medico Santagostino di Milano che ha preso in esame un campione di 1600 cittadini del capoluogo lombardo: uomini e donne tra i 18 e i 60 anni. Dallo studio, valido con le medesime percentuali nel resto di Italia, il 34% per cento non dorme per ansia; il 31% dei disturbi del sonno sono provocati da stress e il 19% dalla depressione.

Secondo dei recenti studi americani il sonno può essere molto importante nel combattere alcune malattie degenerative del cervello: ecco perché, sempre stando a questi studi americani, dormire poco e male può portare demenze senile, Alzheimer e Parkinson.

Un altro recente studio della Washington State University, pubblicato sulla rivista americana "Sleep" ha dimostrato co-

me mancanza di sonno e stress siano collegati e che, soprattutto, un cervello poco riposato sia meno capace di prendere decisioni nelle situazioni di emergenza.

Alcuni ricercatori dell'università di Washington sono riusciti a simulare in un laboratorio la carenza di sonno in momenti particolari in cui è necessario prendere decisioni importanti. L'esperimento ha mostrato che, militari, medici e paramedici, con mancanza di sonno prendono decisioni dagli effetti catastrofici. Inoltre gli studiosi hanno anche analizzato alcune catastrofi recenti.

Nell'incidente di Chernobyl, è stato dimostrato che gli ingegneri erano al lavoro da oltre 13 ore. Nel caso dello shuttle Challenger, alcuni manager della Nasa avevano dormito solo due ore. Nella vicenda della petroliera Exxon Valdez le decisioni sono state prese da ufficiali al comando che non dormivano da diverse ore. La privazione di sonno, dunque, non fa utilizzare al cervello tutte le

**Lo stress, divenuto ormai una malattia tipica della società moderna, può arrecare gravi problemi: tra questi anche la mancanza di sonno, con gravi effetti sulla salute**

informazioni in modo efficace.

Tra chi dorme poche ore, e molto spesso anche male, ci sono gli stressati per lavoro, per studio ma anche per altre cause. Chi soffre di stress oltre a non dormire molto si sveglia - anche più volte - nel cuore della notte. E così quando suona la sveglia è come se avesse dormito, in realtà, pochissimo tempo rispetto a tutte le ore che effettivamente è rimasto nel letto. Anche per loro è stato realizzato una specie di decalogo: le Norme per l'Igiene del Sonno. Si tratta di consigli che riguardano il luogo dove si dorme ma anche alcune abitudini alimentari.

La stanza da letto, dovrebbe avere appunto solo il letto e non televisore, computer e an-

### Accorgimenti

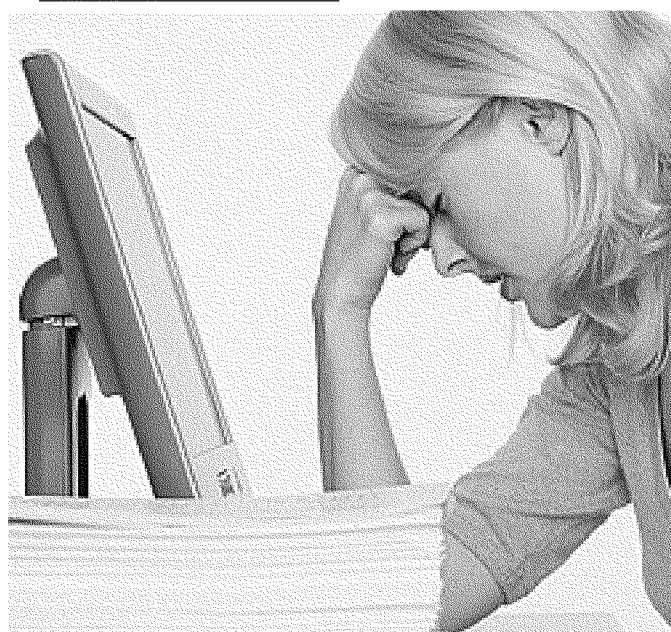
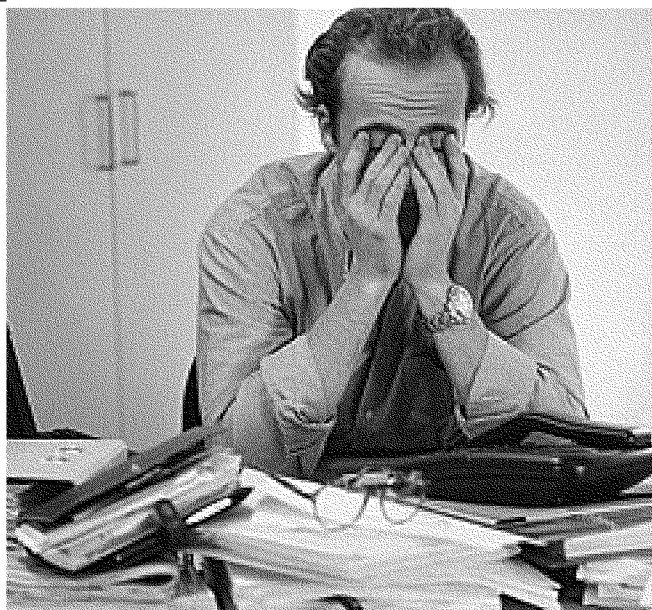
Giusta temperatura in camera da letto  
No a computer e televisore

che la scrivania. Non dovrebbe essere, tra le altre cose, troppo fredda o troppo calda. Importanza all'alimentazione prima di coricarsi. Sono da evitare bevande a base di caffeina e bevande alcoliche.

Inoltre per avere un sonno profondo e benefico i medici sconsigliano di addormentarsi dopo aver controllato la posta su internet: meglio qualche pagina di un buon libro.

**Luca Pernice**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Il diabete

**L'allarme**  
Insufficienza  
del pancreas,  
rischio per i bambini

Sempre più diffusamente il diabete colpisce bambini sotto i cinque anni di età. E' stata riscontrata un'alta incidenza già a partire dai due anni, bambini affetti dal diabete di tipo mellito. E' determinato da una insufficienza del pancreas che non riesce a produrre insulina. Ci sono anche bambini affetti dal diabete di tipo 2: in questo caso il pancreas produce insulina ma la quantità prodotta non basta a tenere sotto controllo il glucosio nel sangue. I bambini, come nel caso degli

adulti, vengono sottoposti a terapia su misure insieme ad una dieta alimentare che consente ai piccoli di convivere serenamente con la malattia. La provincia di Foggia ha un numero di diabetici con una percentuale del 6.7 % che supera sia la media nazionale che quella regionale. La Puglia è la terza regione italiana con un'incidenza dell'obesità infantile pari al 30 per cento, contro la media nazionale del 25 per cento. (a. c.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Con le difese all'attacco del tumore

Una nuova strategia mira a stimolare il sistema immunitario contro le cellule neoplastiche

DALLA NOSTRA INVIATA A CHICAGO

**F**orse per la prima volta, nella storia delle cure contro il cancro, si può davvero parlare di guarigione, anche per pazienti con malattia metastatica. O almeno per alcuni. La promessa arriva da una nuova classe di farmaci antitumorali che stimolano le difese immunitarie dell'organismo ad aggredire il tumore: gli immunoterapici.

“Trattamento di rottura”, “grande ottimismo”, “molto eccitante”: questi i commenti di alcuni specialisti (fra i 25 mi-

la) riuniti a Chicago per il meeting annuale degli oncologi clinici (Asco).

Ecco che cosa dicono alcuni studi presentati al congresso.

Uno dei più importanti riguarda il tumore al polmone non a piccole cellule squamoso metastatico: una forma con una prognosi non buona. «Il 51 per cento dei pazienti con questa neoplasia trattato con nivolumab (un immunoterapico, appunto) — dice Lucio Crinò, oncologo a Perugia, uno dei coordinatori della sperimentazione — è vivo dopo un anno, rispetto al 39 per cento di chi invece viene curato con docetaxel, il chemioterapico standard. È presto per dire che l'immunoterapia renderà questi pazienti dei lungo-sopravvissuti, ma visti i risultati positivi già osservati sul melanoma è molto probabile che queste percentuali di risposte positive si mantengano nel tempo».

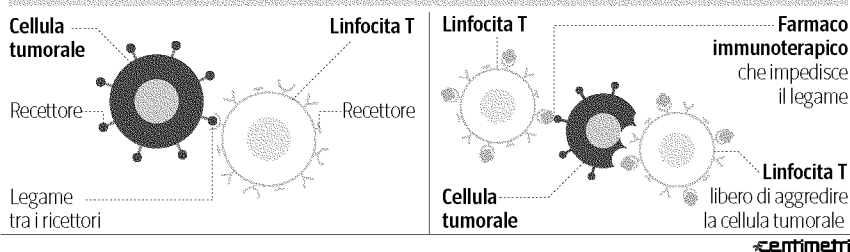
Un secondo studio, sull'adenocarcinoma polmonare, ha dimostrato analoghi benefici in termini di sopravvivenza: le due neoplasie rappresentano il 90 per cento di tutte le forme che colpiscono questo organo ed è evidente l'impatto clinico che potranno avere questi farmaci.

L'idea di stimolare le difese dell'organismo per combattere il cancro non è nuova, ma in anni passati non ha funzionato e così si è continuato a distruggere il tumore con la chemioterapia (che colpisce anche i tessuti sani) o, più recentemente, grazie ai progressi della genetica, si è pensato di colpire bersagli specifici delle cellule tumorali (identificati, appunto, attraverso l'analisi del loro

## Il meccanismo

**1** Le cellule tumorali producono sulla loro superficie molecole (recettori) che si legano ad altri recettori presenti sui linfociti T del sistema immunitario. Il risultato è un blocco dei linfociti T (chiamati killer) che dovrebbero distruggere le cellule tumorali.

**2** I farmaci immunoterapici sono anticorpi monoclonali che si agganciano ai recettori dei linfociti T impedendo così a questi ultimi di legarsi alle cellule tumorali. I linfociti T «liberati» ritornano a fare il loro lavoro, cioè ricominciano a uccidere le cellule tumorali.



Dna) con quella che si chiama la **targeted therapy**: farmaci che hanno come bersaglio da uccidere le cellule tumorali, risparmiando le cellule sane. Queste terapie non sono tramontate, ma ora si aggiunge la terza chance: l'immunoterapia.

I ricercatori hanno scoperto le relazioni (pericolose) che si instaurano fra cellula tumorale e linfocita T del sistema immunitario (il killer delle cellule tumorali). La prima sviluppa recettori che si legano ad altri recettori, presenti sui linfociti T (si chiamano immunocheckpoint), e li “frenano”, impedendo loro di uccidere le cellule tumorali. Obiettivo dei farmaci immunoterapici è quello di “riattivare” i linfociti.

Come? Togliendo il freno con farmaci, come il nivolumab, che bloccano i checkpoint dei linfociti in modo che non si possano più legare alle cellule tumorali: i linfociti così “liberati” possono fare il loro lavoro di “killer” (si chiamano proprio così anche in termini medici).

La storia moderna dell'immunoterapia è cominciata nel qualche anno fa con l'ipilimumab e il melanoma è stato la sua palestra di allenamento. Questo farmaco aumenta la sopravvivenza in pazienti con malattia metastatica, tanto che due su dieci sopravvivono dopo dieci anni. «Nel melanoma

stiamo adesso sperimentando la combinazione di due immunoterapici, nivolumab e ipilimumab — precisa Paolo Ascierto dell'Istituto Tumori di Napoli, Fondazione Pascale — che aumenta ancora di più le probabilità di sopravvivenza dei pazienti rispetto all'ipilimumab da solo».

Sono più di venti gli studi in corso sull'immunoterapia e stanno dimostrando l'efficacia di questi composti anche in altri tipi di tumore, come il glioblastoma del cervello, i tumori del rene, quelli della testa collo o del colon-retto (dove un altro farmaco di questa categoria, il pertuzumab sta dando buoni risultati) o, ancora, tumori del seno particolarmente aggressivi (chiamati triplo-negativo).

Ma non sono tutte rose e fiori. L'immunoterapia pone una serie di problemi, compreso quello di nuovi effetti collaterali, che vanno risolti.

Il primo punto da rivedere sono le modalità di sperimentazione. «Con questi nuovi farmaci — spiega Pierfranco Conte, dell'Istituto oncologico veneto di Padova — è difficile in-

### Studi in corso

Sono più di venti le ricerche oggi in svolgimento sull'immunoterapia

### Limiti

Gli effetti collaterali non sono ancora ben conosciuti e andranno affrontati

interpretare i risultati degli studi clinici perché può succedere che i benefici siano tardivi (il sistema immunitario risponde con i suoi tempi, ndr) e non si hanno parametri precisi per valutare l'efficacia. Anche i modelli statistici, finora usati nelle sperimentazioni per stabilire se un trattamento è migliore di un altro, devono essere ripensati».

Poi ci sono gli effetti collaterali, forse minori rispetto a quelli della chemioterapia, ma nuovissimi. Occorre imparare a conoscerli, perché quando si interviene su un sistema delicato, come quello immunitario, le conseguenze possono essere imprevedibili. «L'elenco delle tossicità è piuttosto lungo — commenta Filippo de Braud, oncologo all'Istituto Tumori di Milano — e comprende diarrea, polmoniti, ipotiroidismo, encefalopatie, malattie autoimmuni (legate appunto al fatto che si interviene sul sistema immunitario). L'importante è prevedere questi effetti e gestirli. La diarrea, per esempio va trattata con cortisonici».

C'è però una notizia positiva: anche quando si interrompe il trattamento per la tossicità, il paziente continua a rispondere all'immunoterapia.

**Adriana Bazzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Le funzioni

## Un organo endocrino fatto tutto di «microbi»

**M**iliardi e miliardi di batteri presenti nell'organismo e in particolare nell'intestino svolgono funzioni diverse: aiutano la digestione, tengono lontani i «colleghi» pericolosi per la salute, sintetizzano vitamine, interagiscono con la rete di cellule nervose dell'intestino, tanto fitta da essere stata definita il «secondo cervello».

Ma negli ultimi anni si è scoperto che il microbioma ha anche un'azione a distanza su vari organi e distretti, cervello compreso, tanto da poter essere considerato a sua volta un vero e proprio organo endocrino. Un organo di tutto rispetto, se si considera che in un adulto il suo peso può oscillare attorno ai due chili. Sul microbioma come organo endocrino misconosciuto la rivista *Molecular Endocrinology* ha pubblicato di recente una revisione, scritta dal Gerald Clarke dell'Alimentary Pharmabiotic Centre and Department of Psychiatry and Anatomy and Neuroscience dell'University College di Cork, in Irlanda, e dai suoi collaboratori.

Le sostanze attive messe in circolo dal microbioma intestinale sono centinaia e molto più eterogenee di quelle prodotte dagli altri organi endocrini. Alcune di esse sono simili a importanti mediatori chimici che regolano la comunicazione tra le cellule cerebrali, quali serotonina, noradrenalina, dopamina, acido gamma amino butirrico (GABA). Quest'ultimo, un neurotrasmettitore inibitorio che gioca un ruolo importante nei fenomeni ansiosi, è sintetizzato da diversi ceppi di lattobacilli, che ora sono sotto osservazione come potenziali produttori di «farmaci» direttamente all'interno dell'organismo. Molta attenzione si sta concentrando anche su sostanze quali il triptofano, precursore della serotonina, anch'essa coinvolta in importanti funzioni psichiche, come il mantenimento del tono dell'umore.

Oltre a produrre svariate so-

stanze di tipo ormonale, il microbioma è anche capace di rispondere a secrezioni provenienti da altri organi. È un'area di studi chiamata *Endocrinologia microbica*, e si concentra sullo stimolo che tali secrezioni possono apportare allo sviluppo del microbioma.

Non sempre si tratta però di stimoli positivi. Ad esempio è stato verificato che stati di stress acuto generano un aumento dei livelli di noradrenalina che, a loro volta, possono fungere da substrato per una crescita anomala nell'intestino dell'*Escherichia coli* (batterio normalmente ospitato senza provocare disturbi), uno sbilanciamento che genera un'alterazione delle secrezioni del microbioma, con il rischio che l'assetto ormonale dello stress si prolunghi anche dopo la fine dello stimolo.

Questo misconosciuto e per certi aspetti «virtuale» organo endocrino inizia a svilupparsi alla nascita, quando l'intestino del bambino viene colonizzato dai batteri che incontra nel canale del parto. «I dati raccolti

## A distanza

Negli ultimi anni si è scoperto che il microbioma, oltre a svolgere funzioni quali aiutare la digestione oppure sintetizzare vitamine, ha anche un'attività «inaspettata» a distanza che si esplica su varie parti dell'organismo, per esempio sul cervello.

finora indicano che i bambini nati attraverso il parto cesareo sviluppano un microbioma diverso da quelli che nascono per via vaginale — dice Clarke —. Ne deriva che i primi possono avere risposte immunitarie aberranti nel breve termine e manifestare un maggior rischio a lungo termine per quanto riguarda le malattie autoimmuni. Non si sa ancora se il parto cesareo alteri la successiva capacità di funzionamento endocrino del microbioma intestinale, ma sembra probabile che sia così, ed è stato osservato un maggior rischio di diabete in questi bambini». Normalmente il microbioma di un bimbo risulta stabilizzato come quello di un adulto verso ai tre anni. In età avanzata tende a perdere parte delle sue funzioni, come molti altri organi endocrini, e alcune ricerche indicerebbero una differenza qualitativa del microbioma degli anziani in buona salute rispetto a quella di coetanei in condizioni cliniche non buone

**D. d. D.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**L'esperto risponde**

Sulle patologie dell'intestino su <http://forum.corriere.it/gastroenterologia>

## **NON SOLO ORGANI: "INTERVENTO" DA UN'ALGA A UN BATTERIO**

### Primo trapianto di orologio biologico

**ROMA.** Non solo organi, primo trapianto di orologio biologico. Per la prima volta le proteine che controllano i ritmi fisiologici, come quello del sonno, veglia o fame, sono state prelevate da una microscopica alga azzurra e trasferite in un organismo semplice, il batterio dell'E.coli, privo di orologio biologico. Descritto sulla rivista "Science Advance", lo studio è frutto del lavoro dei ricercatori guidati da Pamela Silver, dell'Università di Harvard. «Come gli ingegneri abbiamo manipolato e usato i circuiti biologici - spiega Silver - in modo programmabile». Quindi hanno prima rimosso il circuito di proteine deputato a regolare le oscillazioni circadiane dalle alghe azzurre, e poi hanno trapiantato il circuito di proteine nel batterio dell'E.coli. Una volta dentro il batterio modificato, il circuito è stato collegato a proteine fluorescenti che si illuminavano ogni volta che le oscillazioni circadiane si attivavano, facendo brillare il batterio in modo ritmico, confermando così il successo del trapianto. L'obiettivo futuro dello studio è di arrivare a ottenere una pillola capace di regolare i ritmi biologi, e correggerli quando è necessario, a partire dal jet lag.

# Dubbi sulle cause, basta un **test**

Necessario rivolgersi a uno specialista per scegliere il farmaco  
Occhio anche allo stile di vita: meglio rimandare scampagnate

**M**eno male che il peggio è passato. Meno male che il periodo cruciale si sta allontanando. Un'altra primavera è andata e l'estate dovrebbe migliorare la situazione. Quei fastidiosissimi starnuti adesso dovrebbero diminuire e quella sensazione di prurito alla gola migliorare. Lo stesso si dica per gli occhi che lacrimano, e nei casi più gravi anche per l'aria che manca. Insomma se allergia è, lo è ancora per poco. E allora finalmente ci si potrà liberare dalla schiavitù degli antistaminici che da un po' di tempo accompagnavano e che, se caso mai ci si dimenticava di prendere, era la fine. Che poi, in realtà, a dirla tutta, a volte, con tutto il farmaco preso, ci si sentiva male lo stesso e si aveva la sensazione che non aveva proprio funzionato come avrebbe dovuto. E la cosa peggiore era che questo terribile attacco di malessere capitava magari in un giorno particolare, durante un importante impegno di lavoro, durante una festa, rovinandola completamente, o quando si era organizzata un'uscita fuori per prendersi una pausa e fare qualcosa di diverso dal solito. E



---

---

---

**L'accertamento**  
Il medico punge la cute del braccio iniettando una goccia di ciascun estratto

---

## Verifica

Normalmente per cercare di individuare il farmaco più adatto alle proprie sensibilità, ci si rivolge ad un allergologo che procede con il prick test. In questo modo possono essere testati allergeni relativi agli acari della polvere, a graminacee, a parietaria, a olivo, oltre che a sostanze alimentari

invece niente. Giornata rovinata, mentre si rimane chiusi in casa sperando che la situazione tra le mura domestiche possa non essere poi così tragica. Ma lo è. Perché tra decine di fazzolettini sparsi per la casa e poi radunati in mucchio nel cestino dei rifiuti si ha la certezza che la sofferenza è stata tanta. Così chi convive con l'allergia sa di dover organizzarsi e di dover fare delle rinunce. Magari la corsetta in campagna per mantenersi in forma la si rimanderà

di un mese quando i pollini saranno spariti e allora camminare all'aria aperta sarà una cosa innocua e priva di conseguenze negative. Lo stesso si dica per, altrimenti piacevoli, pranzi al sacco, tra distese di verde, di fiori e di agguerritissime graminacee e per passeggiate in bicicletta, nella campagna pugliese piena di ulivi, altre piante capaci di disseminare il loro polline e causare brutte reazioni. Normalmente per cercare di individuare il farmaco più adatto alle proprie sensibilità, ci si rivolge ad un allergologo che procederà con il prick test. In questo modo possono essere testati allergeni relativi agli acari della polvere, a graminacee, a parietaria, a olivo, oltre che a sostanze alimentari. Il medico pungerà la cute del braccio iniettando una goccia di ciascun estratto. La risposta viene considerata positiva quando si forma un pomfo di certe dimensioni. Con la consapevolezza di essere affetti da allergia, bisognerà cambiare il proprio stile di vita, cercando di pazientare e sopportare i disagi, con la certezza che anche questo periodo presto passerà.

**Maria Luisa Saponara**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Quando la **salute** è nel piatto I benefici della dieta mediterranea

**U**na buona estate comincia a tavola. Ogni stagione porta con sé dei prodotti specifici, legati al periodo ed è dunque bene che si consumino in prevalenza questi. Quando le temperature salgono, le scelte alimentari dovrebbero modificarsi, dando la preferenza a piatti leggeri, con meno grassi e più facilmente digeribili. Una cosa che il più delle volte viene naturale. A sugose paste al forno, ricche di carne macinate e grondanti di besciamella, si preferiscono magari piatti già dall'aspetto più light.

Se dunque il caldo riduce il senso di fame si può optare per piatti freddi sia a base di carboidrati (come una pasta fredda condita con verdura fresca e erbe aromatiche), sia a base di proteine (per esempio, un'insalata di pollo o un carpaccio di pescispada o di tonno oppure un uovo sodo con verdure). I cibi ricchi di grassi, invece, come le frittate, le salse o la panna, vanno evitati perché richiedono tempi troppo lunghi per la digestione che, d'estate, è ral-

lentata. È questo poi il momento giusto per fare un pieno di vitamine e di antiossidanti e minerali, rispettando la stagionalità dei prodotti.

Sulla tavola dunque si faccia spazio a frutta e a verdura in quantità. E anche se la voglia di pranzi luculliani sembra essere decisamente diminuita rispetto all'inverno, meglio rispettare i pasti principali. Colazione, pranzo e cena non devono mai mancare. L'idea poi di sostituire il pranzo o la cena con un gelato a quanto pare non è delle migliori. Certo occasionalmente può funzionare, ma non ci si faccia l'abitudine. Un buon gelato potrà essere utilizzato come spuntino di metà pomeriggio, per una pausa golosa e fresca.

Ci sono poi dei cibi particolari che d'estate non devono mancare mai nel frigorifero. Quando si esce per fare la spesa nel carrello non si dimentichino anguria o melone, poveri di calorie e ricchissimi di acqua. Nella spesa tra giugno, luglio e agosto per mangiare in maniera sana e consapevole e vivere in armonia questa stagione di sole, non si lascino sullo scaffale del market i cereali. Ideali per cominciare la giornata nel

## 2.010

l'anno in cui la dieta mediterranea ha ricevuto il prestigioso riconoscimento di patrimonio dell'umanità

## 20,9%

la percentuale dei **bambini in sovrappeso** in Italia: fondamentale curare bene l'alimentazione

## 9,8%

sono i **bambini obesi** in Italia: purtroppo spesso non viene seguita l'alimentazione tipica del territorio

migliore dei modi, sono anche un concentrato di elementi positivi per i capelli. Ferro, zinco, sali minerali, vitamine e acido folico aiuteranno la chioma. Si potrà completare la colazione con una tazza di tè verde, alleato efficace contro lo stress, che dà subito una sensazione rivitalizzante ed energetica. E poi loro, i pomodori. Dalle proprietà antiossidanti, proteggono e rendono luminosa la pelle.

Non manchino poi le carote, indispensabili per la pelle e per gli occhi. Questi begli ortaggi arancioni sono ricchi di vitamina A e di caroteni che stimolano la melanina, favorendo una bella abbronzatura.

Gustosi, croccanti e praticamente privi di calorie ecco i cetrioli, dalle importanti proprietà terapeutiche. Con il suo effetto rinfrescante, può essere usato sulla pelle o poggiato sugli occhi per delle casalinghe maschere di bellezza. E poi la frutta. Alleato della pancia piatta e re del gusto, l'ananas è un frutto accattivante che con il suo gusto esotico può far viaggiare la mente verso vacanze da sogno.

**Maria Luisa Saponara**

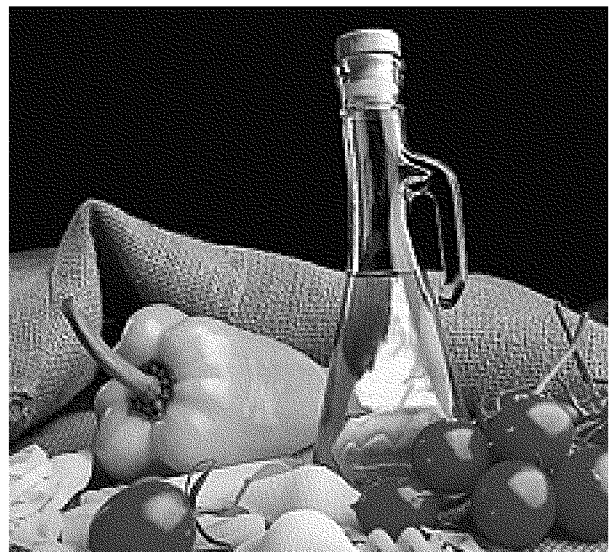
© RIPRODUZIONE RISERVATA



### Il pesce

Nella dieta mediterranea riveste una grande importanza il pesce: quello azzurro, tipico del mare pugliesi, secondo tutte le ricerche ha grandi proprietà benefiche

Leggerezza e pochi grassi, da tempo è stata riconosciuta patrimonio dell'umanità



# Gli scienziati e la moratoria sul Dna che si ripara

## «Non riprogrammare l'uomo»

di **Massimo Piattelli Palmarini**

Nel febbraio del 1975, in una celebre conferenza ad Asilomar (California), dove erano riuniti allora i massimi ricercatori in genetica molecolare, alcuni già con un Nobel, altri che lo avrebbero presto ricevuto, si mise in guardia la comunità internazionale sui rischi connessi alla realizzazione di Organismi geneticamente modificati (Ogm). Lo scopo della moratoria raccomandata era di stabilire regole di sicurezza precauzionali, che furono definite in base a tre parametri: la valutazione della pericolosità, l'incertezza scientifica sulle possibili conseguenze e la capacità di imporre misure preventive.

Quasi esattamente 40 anni dopo, a partire dal marzo di quest'anno, si sta invocando, una volta di più, una moratoria su una tecnica d'ingegneria genetica che ha appena tre anni di vita e poco più di un anno dalla concreta dimostrazione della sua sbalorditiva efficacia. Si chiama Crispr e si pronuncia «crisper». Il 30 Marzo del 2014, Daniel Anderson, ingegnere chimico al Mit, annunciava che la sua équipe era riuscita, mediante questa nuova tecnica, a correggere un gene difettoso nel fegato di un topo adulto. L'ultimo numero di *Nature* intitola, ora, un dettagliato articolo «Crispr lo smantellatore» (*Crispr the disruptor*).

Vediamo perché si chiama così, che cos'è e perché si temono le conseguenze di un suo uso indiscriminato. La sigla sta per: *Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats*, termini che fanno un po' venire i brividi ai non addetti ai lavori. Semplificando, si tratta di una sapiente combinazione di enzimi che tagliano il Dna in punti specifici, di altri enzimi

che poi ricuciono ad arte due segmenti di Dna e, in mezzo a questi, come le carrozze di un trenino, viene veicolato un intero gene e portato sul bersaglio desiderato, nel genoma di un organismo vivente. Diventa così possibile tagliare via un gene difettoso e rimpiazzarlo con un gene sano.

Questo trenino viene portato sul bersaglio da una sequenza detta leader, o guida, con vagoncini che si ripetono, regolarmente spaziati. Il leader è fatto di Rna, cioè una molecola strettissimamente connessa al Dna, ed è quindi capace di riconoscere una precisa sequenza di Dna e legarsi. Questa locomotiva di coda che è anche, se mi si consente la metafora, altamente e molto selettivamente «appiccicosa», spinge i geni degli enzimi di taglia-e-cuci e spinge le brevi sequenze aggregate e regolarmente spaziate. Il gene difettoso viene così individuato, tagliato via e sostituito con la variante sana. La diffusione crescente di questa tecnica nei laboratori ha motivato ditte specializzate a offrire tutti i reagenti necessari a un costo di poche decine di dollari. I singoli ricercatori devono, però, costruire per proprio conto le sequenze di Rna e Dna del loro specifico bersaglio. In pochi mesi d'intenso apprendistato, un buon ricercatore può mettere a punto la tecnica Crispr.

Nel caso di Anderson, il bersaglio era un gene difettoso che impediva al topo di metaboliz-

zare l'aminoacido tirosina, che così si accumulava in circolo. Rimpiazzate con un gene sano, le cellule sane del fegato si sono moltiplicate spazzando via le cellule difettose. La tirosinemia affligge anche gli esseri umani, benché sia una malattia piuttosto rara del fegato (colpisce circa una persona su 100 mila). Al momento viene trattata con una dieta speciale e il farmaco NtcB che blocca la produzione di tirosina. Il trapianto mediante Crispr promette un migliore e risolutivo trattamento. Il limite, per ora insormontabile, di questa tecnica (ma chissà cosa riserva il futuro) è che funziona solo per malattie causate da

una singola precisa mutazione in un singolo preciso gene. Se pensiamo che molte malattie sono, invece, causate da molteplici mutazioni in molteplici geni (basti dire che almeno 108 geni influiscono sull'altezza corporea), vediamo che le possibilità di terapie Crispr sono mirate e limitate.

L'invocata moratoria è motivata dalla preoccupazione che, in un vicino futuro, grazie a questa tecnica si possa e voglia pianificare a tavolino gli esseri viventi e perfino le persone. Timore forse eccessivo, ma meglio prevenire che rimediare dopo il misfatto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Il dibattito

● Il 30 marzo 2014 Daniel Anderson, ingegnere chimico al Massachusetts Institute of Technology, ha annunciato che la sua équipe è riuscita a correggere un gene difettoso nel fegato di un topo adulto

● La tecnica usata, nell'ultimo numero di *Nature*, è stata spiegata e definita «Crispr lo smantellatore»

### 3

**Gli anni** di vita della tecnica Crispr usata per tagliare via un gene difettoso e rimpiazzarlo con uno sano

