



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# Conti Inps, il «caso» si riapre

Mastrapasqua prima lancia l'allarme poi frena - Saccomanni: solo problemi tecnici

**Davide Colombo  
Matteo Prioschi**

Il disavanzo determinato dall'incorporazione dell'ex Inpdap ha creato un problema contabile, ma il pagamento delle pensioni non è a rischio. Alla fine di una giornata incandescente il presidente dell'Inps, Antonio Mastrapasqua, con un comunicato stampa ha gettato acqua sul fuoco che si era acceso in mattinata dopo la sua audizione presso la Commissione bicamerale di controllo.

«C'è piena e totale sostenibilità dei conti della previdenza e dell'Inps - ha precisato in serata -. Nessun allarme e nessun allarmismo. Oggi mi sono limitato a ribadire quanto ho affermato lo scorso mese di luglio nell'annuale relazione al Parlamento e che cioè il disavanzo ereditato dall'ex Inpdap non deve trasformarsi in un sintomo di incertezza sulla tenuta della previdenza italiana. È solo un problema contabile, che non mina la certezza dei flussi finanziari. Nessun rischio nè per oggi nè per domani. Le pensioni sono e saranno regolarmente pagate». Insomma, il problema c'è ma il sistema tiene.

I numeri del "buco" non sono una novità ed emergono dal bilancio consolidato 2012, il primo dopo la fusione di Inpdap ed Enpals nell'Inps. Il risultato economico di esercizio della gestione dei dipendenti statali è negativo per 7,1 miliardi, mentre quella patrimoniale lo è per 17,3 miliardi a fronte di un totale generale dell'istituto di previdenza pari a -12,2 miliardi quanto a risultato economico e a 21,8 miliardi di situazione patrimoniale.

In mattinata, però, le agenzie di stampa avevano riportato le dichiarazioni di Mastrapasqua che affermava di aver scritto ai ministri Saccomanni e Giovannini, in-

vitandoli a fare un'attenta riflessione sul bilancio dell'istituto, essendo il disavanzo patrimoniale ed economico qualcosa che, visto dall'esterno, può dare segnali di non totale tranquillità.

Nella relazione del presidente Inps alla commissione parlamentare si legge che i problemi sono determinati dal fatto che la gestione ex Inpdap incamerata dall'Inps a seguito del Dl 201/2011 ha portato "in dote" un deficit patrimoniale complessivo di oltre 10 miliardi, nonché uno squilibrio economico strutturale ascrivibile alla consistente contrazione delle entrate contributive determinata dal blocco del turn over nel pubblico impiego e al continuo aumento delle uscite

## LA RASSICURAZIONE

Secondo l'Istituto non è a rischio il pagamento degli assegni ai cittadini nè per oggi nè per domani

per prestazioni istituzionali a fronte di trasferimenti statali che non corrispondono del tutto ai fabbisogni, soprattutto riguardo alla quota erogata in anticipazione. Quindi «sarebbe auspicabile che fosse approfondita e valutata, nelle sedi competenti, l'opportunità di eventuali interventi normativi, tesi a garantire l'efficiente ed efficace implementazione della più grande operazione di razionalizzazione del sistema previdenziale pubblico».

Prima ancora della precisazione di fine giornata di Mastrapasqua, l'allarme è stato ridimensionato dal ministro dell'Economia Fabrizio Saccomanni, secondo il quale si tratta di un problema tecnico oggetto di valutazione. «Abbiamo parlato anche l'al-

tro giorno con il ministro Giovannini e ci sta lavorando la Ragioneria», ha dichiarato il ministro da Bruxelles, dov'è impegnato all'Eurogruppo che precede l'odierna riunione dell'Ecofin. Si vedrà se l'eventuale soluzione tecnica potrà essere adottata con un emendamento al Ddl stabilità in discussione al Senato.

Il disavanzo dell'ex Inpdap, in effetti, è determinato, oltre che da problemi strutturali, dalla legge Finanziaria 2008, che ha trasformato da crediti in debiti i trasferimenti stanziati dalla legge 35/1995 a copertura delle pensioni degli statali quando venne istituita la relativa cassa che assorbì tutte le vecchie gestioni previdenziali pubbliche.

Secondo Raffaele Bonanni, segretario generale della Cisl, invece di allarmare i lavoratori occorre «aprire una discussione chiara e puntuale sullo stato di salute dell'Inps e sul mantenimento delle prestazioni per tutti i lavoratori». Un chiarimento sui conti è auspicato anche dal segretario generale dell'Ugl Giovanni Centrella, che sottolinea l'opportunità di separare la previdenza dall'assistenza mentre per Susanna Camusso, segretario generale della Cgil, si dovrebbe discutere su come redistribuire a pensionati e lavoratori le risorse derivanti dai risparmi della riforma Fornero.

Tornando alla relazione, Mastrapasqua ha ricordato i risparmi sui costi di gestione che l'Inps dovrà garantire dopo l'incorporazione di Inpdap e Enpals: valgono 100 milioni l'anno dal 2014. Altri 530 milioni annui saranno invece risparmiati con l'applicazione della prima spending review, un aspetto sul quale aveva posto la sua enfasi, l'altro ieri davanti alla stessa commissione anche il neo-eletto presidente del Civ, Pietro Iocca.

## I numeri dell'istituto di previdenza

Andamento economico dell'anno scorso e situazione patrimoniale al 31 dicembre 2012  
Valori in milioni di euro



	Risultato economico	Situazione patrimoniale
Fondo pensione lavoratori dipendenti	-1.293	-119071*
Gestione enti pubblici creditizi	+ -853	+ 0
Gestione coltivatori diretti	+ -5.279	+ -70.653
Gestione artigiani	+ -5.351	+ -37.344
Gestione commercianti	+ -940	+ 1.636
Gestione parasubordinati	+ 8.679	+ 80.434
Gestione ex Inpdap	+ -7.125	+ -17.394
<b>Totale gestioni pensionistiche obbligatorie</b>	<b>= -12.162</b>	<b>= -162.392</b>
Gestioni pensionistiche sostitutive	+ -123	+ 5.017
Gestioni pensionistiche integrative	+ 4	+ 487
Gestioni pensionistiche minori	+ -98	+ -1.344
Gestione altri trattamenti economici temporanei	+ 162	+ 180.065
<b>Totale gestioni</b>	<b>= -12.217</b>	<b>= 21.833</b>
Avanzo patrimoniale ex Scau	+ 1	+ 42
<b>Totale generale</b>	<b>= -12.216</b>	<b>= 21.875</b>

(\*) Importo determinato a seguito del trasferimento delle residue attività patrimoniali (pari a 137 milioni) della soppressa gestione speciale per l'erogazione dei trattamenti pensionistici al personale degli enti pubblici creditizi, in applicazione del Dm 12 dicembre 2012  
Fonte: bilancio consuntivo Inps 2012

## Diabete e complicanze

**NAPOLI** Oggi e domani all'hotel Montespina di Agnano Napoli si svolgerà il congresso «Le complicanze vascolari del diabete (alle 15 sarà collegato in videoconferenza da Miami il professor **Camillo Ricordi** considerato fra i massimi esperti nel trapianto di «insulae pancreatiche. Sarà possibile sottoporsi gratuitamente ad un controllo della glicemia ed eventualmente di altri fattori di rischio grazie alla unità mobile e allo staff della Sun.

**Hotel Montespina, Agnano, ore 8**



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



L'inchiesta si è conclusa con 11 arresti eseguiti dai carabinieri coordinati dai magistrati della Dda di Napoli

# Scandalo Asl, si allarga il fronte

Indagata una collaboratrice di Grillo, Gasparin oggi torna dai pm. Lunedì il Riesame

**Marilù Musto**

**E**scort cubane in cambio appalti, tangenti versate da imprenditori di Marcianise e intascati da politici e funzionari dell'Asl di Caserta. Questo è lo scenario che emerge dall'interrogatorio di una donna vicina all'imprenditore Angelo Grillo che si è presentata agli inquirenti per deporre alcune sue «verità». Intanto, il direttore amministrativo dell'Asl di Caserta, Giuseppe Gasparin è stato chiamato a deporre dai pm dell'Antimafia. Lunedì, invece, è previsto il Riesame per il direttore generale dell'ospedale di Caserta, Bottino e per il consigliere regionale Polverino.

## IL CONVEGNO

Terapia  
del dolore,  
medici  
a raccolta  
all'ospedale



CASERTA (r.c.) - Nell'Aula multimediale dell'azienda ospedaliera "S. Anna e S. Sebastiano", guidata dal direttore generale facewnte funzioni **Domenico Ovaio** (nella foto), si è svolto il corso di formazione "Ospedale senza dolore".

Il corso è stato introdotto nella prima giornata dal direttore sanitario **Diego Paternosto** e moderato da **Giovannbattista Forte**, direttore di Gastroenterologia; direttori scientifici **Mario Ruberto**, responsabile di Fisiopatologia del dolore e cure palliative, e **Filomena Ucci**, direttore dello Sviluppo organizzativo e Valorizzazione risorse umane.

Fra i relatori, i dottori **Ruberto, Moriconi, Parente, De Lucia, Pezza, Strabbioli, Tierno, Natale, Nacca**. I lavori della seconda giornata sono stati moderati da **Mario Parillo**, responsabile del reparto di Geriatria.

© RIPRODUZIONE  
RISERVATA

**POLO  
ARCHIVISTICO  
SANITARIO**

Fino alle 18 al Polo  
archivistico  
sanitario, ex  
ospedale Leonardo  
Bianchi alla Calata  
Capodichino,  
giornata di studio  
dedicata alla  
salvaguardia degli  
archivi sanitari.

---

## Poggiomarino

---

# L'allarme dell'Asl: discariche a cielo aperto

Poggiomarino. L'ultimo fax risale al mese di ottobre, il primo ad almeno sei anni fa. L'elenco è lungo: via Giugliani, via Fornillo, via provinciale Palma: l'Asl Napoli 3 Sud segnala da anni ai Comuni vesuviani (soprattutto Poggiomarino, ma anche Terzigno e San Giuseppe Vesuviano) l'abbandono illegale dell'immondizia, gli scarichi fognari fuorilegge, la presenza

di rifiuti pericolosi. Anni di sollecitazioni ad intervenire alle quali non è mai stata data risposta. A spiegarlo è il dottor Nicola Trinchese, dirigente medico e responsabile del dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria: «Noi effettuiamo sopralluoghi periodici e chiediamo continuamente la rimozione dei rifiuti che, per legge, tocca al

sindaco in qualità di massima autorità sanitaria». Trinchese chiarisce la posizione dell'Asl dopo che nei giorni scorsi è scattato l'ennesimo allarme lanciato da cittadini e associazioni sia a Poggiomarino che Terzigno. Nelle due cittadine, infatti, ci sono liquami fognari che finiscono direttamente in strada.

**LA SPERIMENTAZIONE A CURA DELL'ONCOLOGO LUIGI MONTANO**

## Tossicità e malattie genetiche: parte la ricerca

**ACERRA.** Stabilire la corrispondenza tra sostanze tossiche e danni al Dna delle cellule riproduttive dell'organismo umano. È l'obiettivo di "EcoFood Fertility", la sperimentazione messa a punto dall'oncologo acerrano Luigi Montano, presentata domani mattina all'Università Parthenope dalle 9. Lo studio sarà effettuato su 1500 soggetti, di cui 300 celiaci e 300 vegetariani, che abitano tra l'area Nord di Napoli (Nola-Acerra-Giugliano), il comprensorio della Valle dell'Isclero (Sant'Agata dei Goti, Benevento) e quello di Oliveto Citra (Salerno). Le analisi saranno condotte rispetto ai metalli pesanti, diossine, furani, policlorobifenili ed idrocarburi policiclici aromatici. È in corso la costituzione di un'associazione di scopo, composta dalle associazioni campane e dai sindaci delle aree di studio che si doteranno di una piattaforma per promozione e raccolta fondi.

AA



## Torre del Greco Salvare la vita sensibilizzando la gente sull'uso del defibrillatore

TORRE DEL GRECO. «Dedichiamo il convegno a Domenico e Gabriele: il primo aveva 22 anni ed è stato colto da malore in casa, mentre Gabriele a soli 15 anni ha perso la vita su un campetto di Pompei dove non c'era nessun adulto». Lo ha detto Sergio Amitrano durante «La giornata del cuore» organizzata dall'associazione Pragma, in collaborazione con Ami Italia, fondazione Bartolo Longo III millennio e Givova, per sensibilizzare le persone sull'uso dei defibrillatori. Giuseppe Satriano ha spiegato come «si potrebbero salvare migliaia di vite umane, visto che ogni anno sono 40mila le morti improvvise». Augusto D'Aniello ha ricordato il caso del giocatore del Livorno Morosini, mentre l'allenatore dell'Arzano volley, Antonio Piscopo, ha posto l'accento sul decreto Balduzzi, che impone alle società sportive anche dilettantistiche di dotarsi di defibrillatore.

---

**Il caso**

---

## Ospedale, nella piazza caos quotidiano

Ogni giorno nella piazza dell'ospedale regna il caos, dalle discussioni alla rissa ci è mancato davvero poco. Macchine in doppia fila, ambulanze senza spazi, parcheggiatori furibondi e clima di grande nervosismo in piazza Scuola Medica Salernitana. L'intervento dei vigili urbani, due giorni fa, ha evitato che degenerasse una

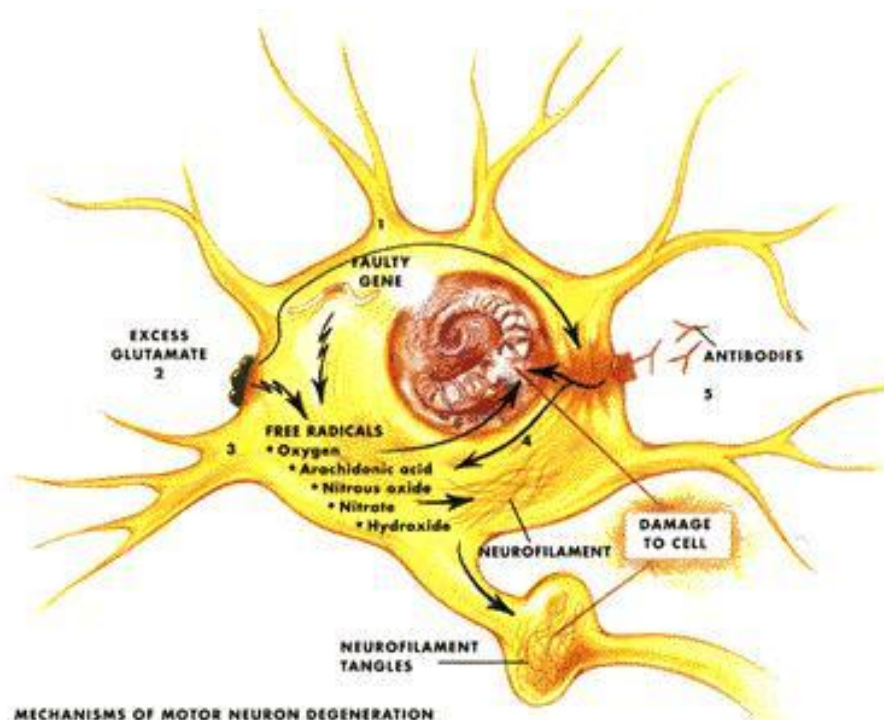
lite furibonda tra un parcheggiatore della Multiservizi e gli addetti di un'area di sosta privata. La lite è esplosa nel contendersi i clienti. I vigili urbani hanno scongiurato la rissa, ma non hanno potuto evitare che un disabile e un avvocato di Battipaglia venissero dirottati sulla collina di via dei Cappuccini, molto lontani

dall'ospedale dove erano diretti. Mentre i vigili calmavano gli animi tra i parcheggiatori, il titolare di una associazione di ambulanze ha iniziato a urlare contro i volontari di due associazioni concorrenti. I volontari delle croci private sono stati allontanati dall'ingresso dell'ospedale in un clima di grande imbarazzo.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



## Come si può curare l'ernia al disco?

La chirurgia indicata in due casi su dieci



Almeno 2 persone su 3 nel corso della vita provano il mal di schiena. Il problema è quando il dolore diventa insopportabile, dura a lungo, si estende alle gambe e talvolta alle braccia. Spesso la causa è una *discopatia*, cioè un'alterazione che riguarda il disco intervertebrale.

« Con l'invecchiamento questi ammortizzatori cartilaginei , che consentono carico e movimento della colonna vertebrale, possono perdere spessore e idratazione. Il disco si può così deformare, provocando dolore —

spiega **Maurizio Fornari**, direttore della Neurochirurgia dell'Istituto Humanitas, di Milano —. Ma non sono solo gli anni a pesare sulla colonna: hanno un ruolo importante anche traumi, microtraumi, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco sotto carico, sovrappeso e posture scorrette».

### Quali sono le discopatie più comuni?

«La più nota è l'*ernia del disco*, le più invalidanti sono la *stenosi lombare* e la *spondilolistesi*. La prima è causata dalla fuoriuscita dalla sua sede naturale del *nucleo polposo* del disco intervertebrale. Se il *nucleo polposo* esce sulla linea mediana provoca lo stiramento di un legamento ricco di fibre dolorifiche, causando un "blocco lombare". Se la migrazione avviene in maniera più massiva e più lateralmente può comprimere radici nervose adiacenti, scatenando il tipico dolore sciatico o a livello di inguine e parte interna della coscia. La *stenosi lombare* invece è un restringimento del canale vertebrale che comprime le radici nervose. Infine, la mancata tenuta sia del disco intervertebrale sia delle faccette articolari può portare a *spondilolistesi*, lo spostamento in avanti di una vertebra rispetto a quella sottostante ».

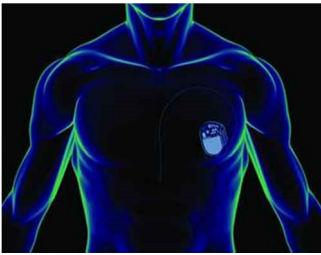
### Che cosa si può fare per le discopatie?

«In caso di ernia, in genere, si opta, per almeno 6-8 settimane di antinfiammatori, fisioterapia e manipolazioni. Molte ernie regrediscono da sole e l'intervento chirurgico *dimicrodiscectomia* è indicato in circa il 20% dei casi. La chirurgia è imperativa se ci sono disturbi della sensibilità e della forza dei piedi e quando c'è un'ernia ostruente, cioè così grossa da alterare sia la forza dei piedi sia la funzione vescicale. Per la stenosi lombare e la spondilolistesi, che colpiscono in genere persone oltre i 60 anni, la soluzione è più spesso chirurgica. Nel caso delle stenosi oggi si può intervenire con la microchirurgia (**microdecompressione**), anche in pazienti che hanno più di 80 anni. Per la spondilolistesi degenerativa da anni si utilizza un sistema integrato di neuronavigazione e TAC intraoperatoria, che permette di controllare in tempo reale l'intervento, in modo da consentire la correzione dello scivolamento vertebrale e la sua stabilizzazione con mezzi protesici. Numerosi i vantaggi: meno rischi grazie alla maggior precisione, riduzione della durata dell'intervento e del decorso post-operatorio, nonché buoni risultati funzionali anche a lungo termine».

## Cardiologia

### Il pacemaker diventa wireless: il ritmo cardiaco regolato con una mini batteria nel cuore

Il nuovo dispositivo sarà impiantato anche in Italia con intervento mininvasivo e meno rischio di complicanze



Niente più fili nè tasche sottocutanee o nel pettorale: tutto ciò che serve per regolare il ritmo cardiaco sarà contenuto in una piccola batteria inserita direttamente nel cuore. È questa l'ultima generazione di pacemaker, una rivoluzione wireless che promette interventi mininvasivi, senza suture e un minor rischio di infezioni. L'idea, di una start-up statunitense recentemente acquisita da una delle multinazionali leader in dispositivi medici impiantabili, è già realtà e i pacemaker "leadless" hanno recentemente ottenuto il marchio CE per l'immissione nel mercato europeo. A valutarne il funzionamento e testare la procedura di impianto ed espanto nei pazienti saranno, nei prossimi mesi, alcuni centri di aritmologia selezionati in diversi paesi europei, tra cui l'Italia.

**IL DISPOSITIVO-** Dieci volte più piccolo degli attuali pacemaker, quello "senza fili" si aggancia alla camera ventricolare tramite una sonda inserita dalla vena femorale, nell'inguine. In tempi ridotti: solo 28 minuti in media, la metà rispetto all'intervento di posizionamento tradizionale. Lo ha cronometrato l'equipe ceco-statunitense che ha eseguito i primi impianti al mondo, su pazienti bradicardici, nello studio pilota presentato lo scorso maggio all'annuale congresso della Heart Rhythm Society. La tecnica mininvasiva si è dimostrata sicura nel 97% dei casi ed è del tutto analoga a quelle oggi adottate per inserire stent o clip mitraliche. Per i pazienti si accorciano i tempi di recupero post-operatorio perché non si deve attendere una cicatrizzazione dei tagli chirurgici. Si allunga la durata della batteria: 8-17 anni. Gli attuali pacemaker, invece, devono essere ricaricati ogni 5-7 anni.

**IN ITALIA-** A fare da apripista, nel nostro Paese, sarà il Centro Cardiologico Monzino di Milano che conta ogni anno oltre 700 pacemaker impiantati. Da gennaio i primi interventi, su un numero limitato di pazienti. «Selezioneremo esclusivamente i casi, in primo impianto, che necessitano di una stimolazione monocamerale, ovvero nel ventricolo. – spiega Claudio Tondo, a capo dell'Aritmologia dell'ospedale milanese - Sono i meno frequenti, in cui il pacemaker serve a sostenere il ritmo cardiaco e interviene solamente quando si verifica un severo rallentamento della frequenza cardiaca. Tra questi, alcune aritmie negli anziani come la fibrillazione atriale a bassa frequenza.» Degli oltre 24 mila italiani che ricorrono ogni anno all'impianto salvavita per il cuore, oltre la metà necessita invece di una stimolazione sia atriale che ventricolare: il primo modello di pacemaker wireless, quindi, non è ancora in grado di offrire loro un beneficio terapeutico. «In futuro l'evoluzione di questo dispositivo consentirà di avere una stimolazione bicamerale e si potrebbe arrivare anche al defibrillatore, più elaborato rispetto al pacemaker», prosegue.

**MENO INFEZIONI-** Il punto debole dei pacemaker tradizionali è legato al filo elettrico che mette in comunicazione la batteria, nel petto, e il cuore: anche se la casistica è bassa, può danneggiarsi o infettarsi, così come la tasca in cui il chirurgo inserisce il generatore. Per evitare gravi conseguenze, l'unica opzione in caso di infezioni è la rimozione chirurgica dell'impianto, un intervento complesso e ad alto rischio per il paziente. Tolto il filo dal pacemaker, si punta a minimizzare queste complicanze «abbattendo i costi sanitari ad esse associati e controbilanciando così la spesa ospedaliera per i nuovi dispositivi: il doppio rispetto ai pacemaker attualmente in uso», conclude Tondo.

## Cardiologia

### Uno nuovo scanner per prevedere gli attacchi di cuore

*Un gruppo di ricercatori scozzesi ha messo a punto un test che vede le placche di grasso e rivela il rischio di attacchi cardiaci*



Arriva dalla Scozia un test rivoluzionario, che dura circa 20 minuti ed è capace di leggere nel futuro, indovinando con una certa precisione la propensione imminente ad avere un infarto. Si tratta di un sistema capace di vedere ed evidenziare le placche, ovvero i depositi di grasso nei vasi arteriosi che spesso sono responsabili di infarti. Lo hanno messo a punto gli scienziati dell'Università di Edimburgo in una ricerca pubblicata su *Lancet* ed è in grado appunto di fotografare eventuali placche nelle arterie che ostruiscono il flusso

sanguigno. I depositi di grasso rappresentano un duplice fattore di rischio in quanto già la loro presenza può ridurre il lume delle arterie e per di più possono per svariate ragioni disgregarsi. Questo fenomeno mette in gioco altri due pericoli perché da un lato i frammenti adiposi possono raggiungere vasi più piccoli e ostruirli, dall'altro a seguito della rottura interviene il processo di coagulazione che determina un'ulteriore riduzione del lume arterioso.

**IL SISTEMA** – Il piccolo campione sottoposto alla scannerizzazione dei vasi sanguigni cardiaci è stato di 40 pazienti che avevano subito un attacco cardiaco e 40 che soffrivano di angina. Nel primo gruppo in ben 37 casi la causa dominante era dipesa dall'esistenza di placche ostruenti. I ricercatori hanno utilizzato in un primo momento la tomografia a emissione di positroni (nota anche come PET e ampiamente usata per individuare i tumori) per tracciare le placche pericolose associandola poi a immagini ad alta risoluzione del cuore e dei vasi sanguigni per tentare di predire la possibilità di un infarto.

**ZONE PERICOLOSE** - Occhio alle zone rosse e gialle, dunque, come spiega il coautore della ricerca Marc Dweck alla Bbc, perché corrispondono alle placche sulle pareti arteriose. «Anche se non tutte le placche causeranno un infarto», aggiunge Dweck. Nel caso poi in cui lo scanner identifichi zone a rischio è consigliata una terapia preventiva, a base di cardioaspirina o statina o in taluni casi uno stent che renda le arterie maggiormente pervie. Nel mondo occidentale l'attacco cardiaco è il killer numero uno ed è evidente che trovare un modo per poter identificare tempestivamente le situazioni a rischio cambierebbe radicalmente lo scenario.

**IL PARERE DELL'ESPERTO** – Secondo il dottor Daniele Andreini, direttore dell'Unità di TAC Cardiovascolare del Monzino, questo test, che combina un approccio anatomico con un approccio metabolico, potrebbe costituire una valida soluzione per identificare le cosiddette placche instabili, ovvero quelle con caratteristiche metabolicamente più attive. «In questo caso la PET, normalmente utilizzata in ambito cardio per valutare la vitalità del miocardio, verrebbe associata a un marcatore radioattivo in grado di individuare la placca che ha maggiori probabilità di sfociare in un infarto del miocardio», spiega Andreini, commentando in tono positivo l'intuizione dei ricercatori di Edimburgo. «Certo non siamo ancora del tutto pronti ad avere la chiave definitiva per identificare le placche instabili – aggiunge Daniele Andreini - ma la possibilità di mettere a fuoco le placche calde sarebbe un grande passo in avanti in quello che è il sogno della cardiologia, ovvero la possibilità di identificare tempestivamente e preventivamente le lesioni responsabili dell'infarto del miocardio proteggendo in questo modo i pazienti a rischio».

## Studi e Analisi

---

Sul problema dell'**invecchiamento** ha puntato i riflettori anche **Grazia Labate** ([vedi relazione](#)), dell'Università di York. "I dati Eurostat segnalano che nei 27 Paesi dell'Ue la quota della popolazione over 65 rappresenta il 18%, mentre appena nel 1992 era al 14%. Cifre che sono destinate ad aumentare in quanto nel 2060 il 30% degli europei avrà almeno 60 anni". Un andamento che si ripercuoterà prima di tutto sul tessuto occupazionale. "In sostanza invece di 4 persone in età lavorativa per ogni pensionato ce ne saranno due. E contestualmente la spesa pubblica direttamente legata all'età salirà dal 25% al 29% circa del Pil, con la sola spesa per le pensioni che dall'11,3% attuale al 13% del 2060". Davanti trasformazioni così rapide e radicali è necessario mutare approccio, "adottando una visione integrata delle politiche e degli impatti di medio e lungo periodo". Le politiche incentrate soltanto sul breve termine e sull'emergenza non sono infatti più sufficienti. E in questo senso un ruolo fondamentale lo svolgerà il **Patto per la Salute** che però, al momento, "sembra pregiudicato dalla mancanza di determinazione dei fabbisogni sanitari e di conseguenza dei nuovi Lea". Esso dovrebbe invece essere in grado di "determinare il fabbisogno sanitario e sociosanitario, da cui far derivare i costi standard del sistema entro un periodo di riallineamento ragionevole per le Regioni in piano di rientro". E il Patto deve fornire anche l'occasione per "rivedere il titolo V della Costituzione per rimuovere dalla legislazione corrente materie di valenza generale che riguardano la fruibilità omogenea su tutto il territorio nazionale del diritto alla salute, si pensi al diritto alla salute".

Per avviare una nuova stagione è però importante anche modificare le categorie di analisi. "Gli anziani non vanno più considerati soggetti da assistere e basta - ha ragionato **Marco Trabucchi**, geriatra dell'Università di Tor Vergata - ma possono rappresentare anche una risorsa. Servono quindi interventi non solo sul piano clinico, ma anche su quello sociale". E' quindi prioritario costruire un adeguato contesto di riferimento, "senza limitarsi all'aspetto medico, ma puntando effettivamente sull'inclusione". L'invecchiamento e le malattie gravi "pongono però nuovi interrogativi - ha evidenziato **Fabrizio Gianfrate**, docente di Economia Sanitaria presso l'Università di Ferrara - che non riguardano esclusivamente gli aspetti operativi ma che si estendono sino ai temi etici". E in questo senso la farmaceutica ha una funzione centrale. "E' giusto investire in maniera consistente su un farmaco che allungherebbe la vita di tre mesi? Se sì, non si rischia poi di sottrarre risorse vitali in altri contesti? Se no, come lo si spiega ai familiari del malato che sicuramente saranno già venuti a conoscenza della possibilità per il loro congiunto?" Si tratta di quesiti densi di implicazioni che presuppongono una riflessione articolata perché una risposta incisiva è sempre più urgente.

**La sostenibilità del Ssn passa anche per una riorganizzazione complessiva e in particolare "dipende in primo luogo dalla riforma del Titolo V della Costituzione", ha sottolineato Emilia De Biasi**, presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato. "I 21 micro stati attuali mal si collegano al concetto di universalismo in quanto presentano troppe difformità". La risposta non può essere però quella di "accentrare tutti i poteri nel Ministero della Salute, poiché il Ssn è un valore di prossimità". Tuttavia alcuni cambiamenti sono indispensabili in quanto "il sistema attuale non è inquadrabile né nella categoria del federalismo né in quella del decentramento". E' quindi urgente e necessaria "una revisione del rapporto tra Stato e Regioni e di conseguenza anche del rapporto tra Stato e mercato". Qualsiasi tipo di scelta non può però "prescindere dal coinvolgimento del Parlamento, perché delegare tutto al governo è assolutamente impensabile". Nel complesso lo Stato ha il dovere di "ridefinire Linee guida e Lea e di compiere un ragionamento serio sull'universalismo selettivo: l'esenzione dei ticket al 70%, per esempio, non significa tutelare l'uguaglianza".

## Studi e Analisi

---

Per invertire la rotta bisogna allora “passare da ipotesi di lavoro monetariste a ipotesi di visione, cercando maggiore coesione e collaborazione per interrompere – ha concluso – l’attuale contrapposizione tra gli attori del sistema”.

**Conciliare innovazione e sostenibilità è dunque la sfida più impegnativa che il nostro Ssn si trova a dover affrontare.** “Grazie ai progressi dell’industria farmaceutica l’aspettativa di vita è in costante aumento – ha osservato **Massimo Scaccabarozzi**, presidente Farindustria – Si tratta ovviamente di un fenomeno positivo, che però implica anche nuovi sforzi economici per assistere la sempre più numerosa popolazione anziana”. E in quest’ottica i farmaci non “possono venire considerati esclusivamente una fonte di spesa – ha ammonito – poiché è consistente il loro apporto in termini di prevenzione e di riduzione della spesa”. Un discorso analogo riguarda i vaccini, che ultimamente sono al centro di numerose polemiche circa la loro effettiva utilità. “Le cifre sono eloquenti – ha aggiunto Scaccabarozzi – basti pensare che per ogni euro investito in vaccini si risparmiano 24 euro in farmaci”. Il presidente di Farindustria avverte quindi che “servono proposte relative ai profili gestionali per monitorare in maniera efficiente tutte le voci di spesa. E’ invece inaccettabile qualsiasi ipotesi per il nostro comparto che preveda tagli perché le conseguenze sarebbero pesantissime per il tessuto lavorativo”. Ma non solo, in quanto gli effetti sarebbero accusati anche dallo stesso Ssn, “considerando che un giorno in ospedale costa mille euro al giorno, mentre un anno di assistenza farmaceutica ne costa circa 270”.

Il tema di una gestione efficiente è nodale anche secondo **Antonio Gaudio**, segretario generale di Cittadinanzattiva. “Esiste un grosso deficit di assunzione delle responsabilità che limita sensibilmente la capacità di comprendere dove intervenire”. Tutti gli attori del sistema sono quindi chiamati a una decisa assunzione di responsabilità “sulla base di un principio che deve valere per chiunque: a ogni protesta corrisponda automaticamente una proposta”. Si tratterebbe di un approccio efficace per “superare un modello troppo legato al concetto di emergenza che poi è alla base di tagli lineari e indiscriminati. Si continuano a chiedere sacrifici al Ssn per poi utilizzare le risorse risparmiate in altri settori. Questo meccanismo va arrestato al più presto”.

**Altro tema caldo riguarda il Titolo V.** “Il governo nazionale ha tentato di rispondere alle esigenze di federalismo e decentramento – ricorda **Pietro Cerrito**, responsabile politiche sanitarie e welfare della Cisl – senza varare e inserire regole ben definite per il funzionamento delle Regioni”. Non si può quindi prescindere da incisivi meccanismi di riorganizzazione che “devono però coinvolgere pienamente la componente umana, quel serbatoio di risorse che spesso, anche a titolo volontario o sobbarcandosi montagne di straordinari, ha mandato avanti l’intero Ssn. Dobbiamo coinvolgere pienamente l’enorme patrimonio umano di cui disponiamo”.

Sulla stessa lunghezza d’onda anche **Giuseppe Roma**, direttore generale del Censis: “La sostenibilità sociale del Ssn è stata garantita soprattutto da forme di volontariato profuse dagli operatori e da una presenza molto forte delle famiglie”. Serve però nuova linfa e per alimentarla “non si può considerare esclusivamente il tema della spesa, perché i tagli senza riorganizzazione non producono alcun risultato. All’abbattimento degli esborsi si accompagnino interventi per rendere più efficienti le strutture. Serve un’inversione di rotta, dato che il federalismo sanitario non ha funzionato: le differenze tra territori non sono diminuite, anzi in molti casi sono addirittura cresciute. Ma il paese sembra imballato e incapace di reagire”.

## Studi e Analisi

---

Una maggiore sostenibilità del sistema passa anche attraverso un maggiore e diverso coinvolgimento dei soggetti privati. Ne è certa **Marcella Panucci**, direttore generale di Confindustria. “Un asse su cui costruire un nuovo corso è costituito dai fondi sanitari, che si devono diffondere tramite incentivi di carattere fiscale per le imprese che li sottoscrivono. Una dinamica di questo genere produrrebbe innumerevoli effetti benefici: in primis la riduzione del sommerso e una più elevata qualità. Il fondo è infatti acquirente qualificato di prestazioni sanitarie e può – ha concluso – imporre standard qualitativi”.

## Cardiologia

---

# Isole pancreatiche artificiali per il diabete di tipo I

## *Una nuova strategia allo studio per evitare i problemi di rigetto*

Il 14 novembre si è celebrata la Giornata mondiale del diabete. Non una festa, perché c'è poco da festeggiare dando un'occhiata ai numeri che, nonostante le parole e le risorse impegnate negli anni passati, continuano a essere demoralizzanti. Circa quattro milioni gli italiani colpiti, e si sa che non sono tutti. Circa 366 milioni nel mondo che, secondo le previsioni, saranno 552 milioni nel 2030. E qui già si può azzardare una realtà numerica: aggiungere i non diagnosticati. Non si sa quanti sono, ma l'ipotesi è drammatica quanto la realtà in India e in Cina dove si calcola che i diabetici siano il doppio dei diagnosticati. Si fa presto a far saltare il calcolatore: i 64 milioni di indiani malati diventano 128 milioni, i 90 milioni di cinesi diventano 180 milioni. E si pensa che i non diagnosticati, per ragioni di sanità a pagamento, sono un 40% negli Stati Uniti ecco che i numeri ufficiali sono chiaramente riduttivi. Altro che 366 milioni nel mondo, se solo India e Cina ne ipotizzano 308 da sole. E anche in Italia è più probabile che quei 4 milioni in realtà siano almeno 6.

**I COSTI** - A proposito, fermandosi ai numeri ufficiali, questa malattia costa al nostro servizio sanitario circa 10 miliardi di euro l'anno: il 7% della spesa è dato dai farmaci, mentre il resto è costituito dalla spesa per i ricoveri ospedalieri (68%) e per la cura di complicanze (25%). Un'epidemia globale che coinvolge in larga parte anche i più giovani: gli under 14 affetti dal diabete giovanile di tipo I sono infatti oltre 480 mila. Qui i numeri però sono aderenti alla realtà. Occorre intervenire con la ricerca per fermare l'epidemia del diabete II e per arrivare a curare definitivamente quello di tipo I. Ed è giusto che sia la Giornata mondiale l'occasione per presentare nuove armi, nuove speranze.

**ISOLE PANCREATICHE ARTIFICIALI** - Una è l'*ingegnerizzazione* di isole pancreatiche artificiali per curare il diabete di tipo I, causato dall'autodistruzione degli agglomerati di cellule specializzate (le isole appunto) nel produrre l'ormone chiave nel metabolismo degli zuccheri: l'insulina. È questo l'obiettivo del progetto europeo Next (*Nano engineering for cross tolerance: new approach for bioengineered, vascularized, chimeric islet transplantation in non-immunosuppressed hosts*), finanziato con 5 milioni di euro in 4 anni e affidato a un consorzio di ricerca europeo a guida italiana. Il coordinamento ha sede a Venezia, nel parco scientifico Vega, dove si trovano i laboratori della società di biotecnologie Explora biotech. Direttore Francesco Serino. Che spiega: «Sebbene efficace, il trattamento farmacologico con insulina ha un profondo impatto sulla qualità della vita del paziente che vede la propria quotidianità scandita dai ritmi della cura. Un'alternativa efficace è il trapianto di cellule pancreatiche da donatore per ripristinare la produzione naturale di insulina nel paziente ricevente. Questa strategia però si scontra con la risposta immunitaria del paziente che porta al rigetto delle cellule del donatore». E allora? Che cosa propone il progetto? La scelta è quella di sviluppare isole pancreatiche artificiali incapsulate in una matrice nano-strutturata in grado di proteggere le cellule dalla risposta immunitaria del paziente, riducendo così sostanzialmente il rischio di rigetto. Insomma creare un nano-scudo protettivo alle cellule. E arrivare a non usare le pesanti terapie di soppressione dell'azione immunitaria contro le cellule trapiantate, il che peraltro

# Cardiologia

---

non assicura il loro funzionamento nel tempo. Il progetto Next vede anche la partecipazione dell'Ismett di Palermo. Oltre ai centri italiani, il consorzio di ricerca coinvolge due tra i più importanti laboratori di bio ingegneria europei: quello dell'Università di Brighton (Gran Bretagna) e quello dell'Università di Ginevra (Svizzera). Infine, due aziende attive nel campo delle biotecnologie quali AvantiCell Science (Gran Bretagna) e Cellon (Lussemburgo).

**STAMINALI DA CORDONE OMBELICALE** - Altro progetto riguarda le staminali della linea sangue, anche del cordone ombelicale. Efficaci per curare il diabete di tipo I ma con risultati non duraturi.

L'insulino-indipendenza subito raggiunta dai pazienti non si è mai, al momento, mantenuta per tutta la vita degli stessi. Alcuni pazienti diabetici sottoposti a infusione di staminali della linea sangue (ematopoietiche), inoltre, hanno sviluppato complicanze post-trapianto quali polmonite, infertilità e disordini ormonali. Per questi motivi un gruppo di ricerca guidato dall'italiano Paolo Fiorina, diabetologo pediatra dell'Harvard Medical School di Boston, finanziato dall'Harvard Stem Cell Institute di Boston e socio fondatore di Sorgente, banca italiana di staminali del cordone ombelicale, ha avviato negli Stati Uniti un nuovo studio clinico per provare la sicurezza e l'efficacia di un innovativo protocollo di cura del diabete I con staminali. I pazienti, prima dell'infusione (trapianto), vengono "condizionati" a modulare il loro sistema difensivo ad accettare le nuove cellule in modo "pacifico". A difesa "spente" nel momento dell'infusione, in teoria dopo le nuove cellule vengono accettate come se non estranee. Sulle cavie il risultato è stato efficace. Ora si prova sull'uomo. Peraltro le staminali sono selezionate in modo da produrre una proteina capace di non fare attivare le cellule di difesa più cattive, le T. Se l'idea di Fiorina funziona, si ottengono risultati (sviluppo di cellule produttrici di insulina) con una bassa quantità di staminali e minori rischi di complicanze. Occorrerà poi verificare la durata nel tempo della naturale produzione di insulina. In futuro, e se funzionano, si potrebbe anche ipotizzare un abbinamento dei due percorsi. Con le cellule staminali del cordone ombelicale trattate in modo da specializzarsi in produttrici di insulina ed eventualmente "mascherate" con lo scudo nanotecnologico.