



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Si riduce la spesa sanitaria corrente della Campania

NAPOLI - La spesa sanitaria corrente si è mediamente ridotta ed è rimasta stabile in rapporto al Pil (7%): è però aumentata tra l'1 e il 2% in Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Sardegna, Trento e Bolzano, mentre è calata in Liguria (3,2%), Basilicata, Piemonte, Toscana, Marche, Molise, Campania, Puglia. Questa la fotografia scattata dal 'Rapporto sulle Regioni in Italia 2013' dell'Issirfa-Cnr. La spesa farmaceutica convenzionata è diminuita quasi del 9%, quella per il personale dell'1,4%. Il disavanzo è sceso di oltre 500 milioni (-20%).

Il rapporto

## Sanità, la Campania è ultima per assistenza

Il ministero pubblica la graduatoria 2012. Tutte le altre regioni superano il punteggio minimo

Marco Esposito

La buona notizia per il sistema sanitario nazionale è che altre due regioni, Puglia e Calabria, nel 2012 hanno raggiunto la sufficienza nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, i Lea. L'anno precedente a uscire dalla situazione di criticità erano state Lazio, Molise e Sicilia. La cattiva notizia è che c'è ancora una regione, la Campania, in situazione da "allarme rosso" ovvero con un punteggio inferiore a 130. Ma anche la cattiva notizia per la Campania contiene un nocciolo di ottimismo perché il punteggio è passato da 101 a 117 ottenendo uno dei più forti miglioramenti tra tutte le regioni e per il 2013, secondo le prime stime, quota 130 dovrebbe essere finalmente raggiunta.

Ma cosa sono i punteggi Lea? Sono 21 indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria che permettono di monitorare l'effettiva erogazione di servizi sanitari ai cittadini. La classifica del 2010 è guidata dall'Emilia Romagna a quota 210, peraltro in lieve calo rispetto ai 213 del 2011. Prima delle regioni del Sud è la Basilicata con 169 (era a 167). La Puglia è uscita dalla zona rossa (criticità) incrementando il punteggio da 123 a 140 (migliore recupero). La Calabria si è portata sopra quota 130 passando da 128 a 133.

I punti riassumono in modo sintetico analisi complesse. E a volte dietro un miglioramento di punteggio non c'è una accresciuta qualità di servizio ma soltanto la capacità di inviare dati in tempo. Pur con tutti i limiti delle rilevazioni, il quadro generale vede una tendenza al miglioramento generale e una riduzione delle distanze tra le regioni.

In Campania le criticità più gravi secondo il ministero della Salute restano la vaccinazione antinfluenzale per gli anziani e gli screening per intercettare in tempo i tumori (cervice utero, mammella e colon retto). La prima tanto importante non deve essere perché è stata poi esclusa dal report. Ma il tema degli screening è decisivo ai fini della prevenzione contro il cancro. Qui c'è un punteggio

**Tumori**  
Il dato più allarmante è la quota molto bassa di esami anticancro

in provincia di Trento mentre molto vicini al massimo (13 punti) sono Friuli Venezia Giulia, Toscana e Umbria. Fanalino di coda sono tre regioni: Puglia, Calabria e appunto Campania il che equivale a dire che in uno dei tre screening la quota di popolazione raggiunta non arriva al 5% dell'obiettivo mentre per altri due casi ci si ferma a metà di quanto sarebbe necessario. Molto lontana dai target è anche l'assistenza residenziale per gli anziani: a fronte di un obiettivo di 10 posti letto ogni 1000 anziani la Campania non arriva a 1.

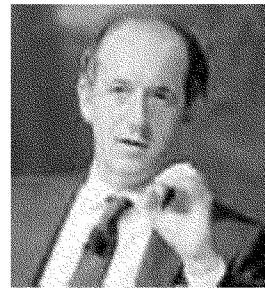
Nonostante l'ultimo posto, la regione nel 2012 brillava in alcuni comparti. Per esempio le verifiche della salubrità nei ristoranti e negli esercizi alimentari sono al 100% dell'obiettivo contro il 45% del Lazio. Buona anche la rapidità nell'arrivo dei soccorsi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



### Caldoro

Il presidente della Campania Caldoro ha portato in pareggio i conti della Sanità del 2013 e si appresta a combattere la battaglia per modificare la regola messa a punto nel 2011 da Roberto Calderoli che assegna le risorse per il diritto alla salute in base alle fasce di età, danneggiando i territori con speranza di vita più bassa, come la Campania.



### Zaia

Per il governatore del Veneto Luca Zaia il fatto che le persone a basso reddito abbiano bisogno di maggiore assistenza sanitaria è un tema da affrontare con politiche sociali ma non deve incidere nel riparto del fondo sanitario. Semmai a suo parere bisogna dare più risorse alle regioni industrializzate perché il tasso di inquinamento favorisce l'insorgere di malattie.

## La garanzia dei Lea

### I livelli minimi da assicurare a tutti i cittadini

I Lea, livelli essenziali di assistenza, sono per legge garantiti a tutti i cittadini, ovunque si trovino ad abitare e quale sia il reddito personale. Per tale motivo viene calcolato il costo corretto delle prestazioni e le risorse sono ripartite tra le Regioni, cui spetta l'erogazione dei servizi sanitari, in base al costo standard per abitanti.

Tuttavia la ripartizione non viene effettuata in rapporto agli abitanti bensì alla popolazione pesata per età, ovvero tenendo conto del maggior costo degli anziani sul sistema sanitario (e del minore peso dei giovani). La Campania in quanto regione giovane in base a tale regola vede sparire 481 mila assistiti. La pesatura effettuata esclusivamente per età è stata introdotta con la riforma Calderoli nel 2011 e ha trovato la sua prima applicazione negli ultimi due mesi del 2013.

## I punteggi della griglia

I voti assegnati vanno da -1 fino a un massimo di 9

Il sistema di punteggi della griglia Lea prevede per ciascun parametro un voto (da pesare) di -1 nel caso in cui il dato sia mancante o palesemente errato. Un voto 0 se lo scostamento rispetto all'obiettivo è considerato «non accettabile» (per esempio parti cesarei primari oltre il 23%). Un voto pari a 3

se lo scostamento è rilevante ma in miglioramento rispetto all'anno precedente (come in Campania, passata dal 38,20% del 2011 al 36,78% del 2012). Il voto sale a 6 se lo scostamento è minimo (per i cesarei una quota tra il 20 e il 23%). Si ottiene 9 se l'obiettivo è raggiunto (restando all'esempio dei parti cesarei, se cioè la quota è sotto il 20%, come in Friuli Venezia Giulia, dove è al 16%).

## Test su 21 voci

Dai vaccini per i bimbi fino ai posti letto per i malati terminali

La griglia dei Lea prende in esame 21 voci, molte delle quali ripartite in sottovoci. La numero 20 in realtà dal 2012 non viene più monitorata. Eccole in sintesi: 1 vaccini; 2 screening cervice uterina, mammella e colon retto; 3 costo assistenza collettiva; 4 controlli territoriali; 5 allevamenti; 6 piano residui; 7 patologie evitabili in ricovero; 8

anziani in domiciliare; 9 assistenza anziani; 10 assistenza disabili; 11 posti letto per malati terminali; 12 consumo di farmaci in dosi giornaliere; 13 risonanza magnetica; 15 tasso di ospedalizzazione; 16 ricoveri chirurgici in giornata; 17 tasso di ricoveri inappropriati; 18 percentuale di parti cesarei primari; 19 frattura del femore nei pazienti anziani operata entro 48 ore; 20 soppresso nel 2012; 21 tempo di intervento dei mezzi di soccorso.

## La classifica 2012

### VALUTAZIONE SINTETICA 2012

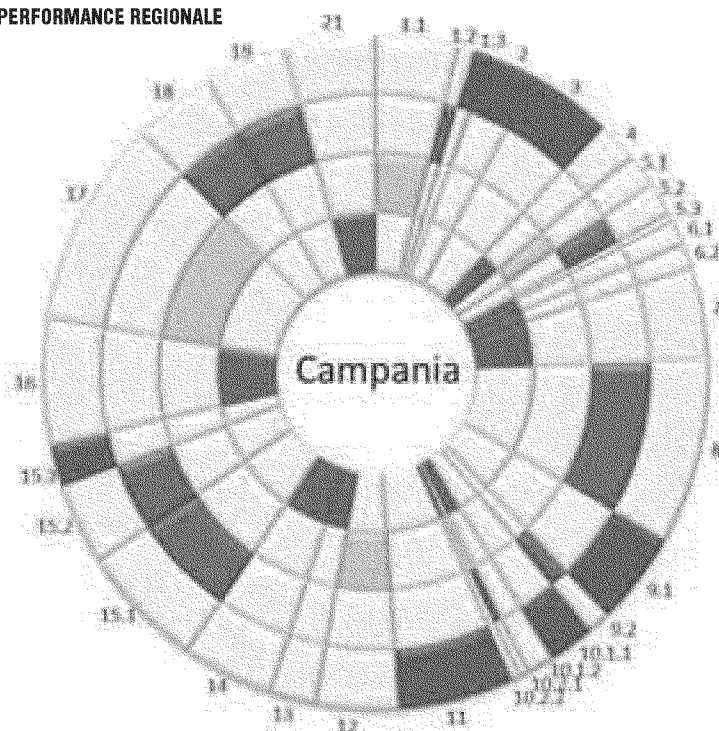
Adempienza rispetto al "Mantenimento dell'erogazione dei LEA"

Valutazione	Regione	Punteggio
Adempiente	Emilia R.	210
	Toscana	193
	Veneto	193
	Piemonte	186
	Lombardia	184
	Liguria	176
	Umbria	171
	Basilicata	169
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Lazio	167
	Marche	165
	Sicilia	157
	Molise	146
	Abruzzo	145
Critica	Puglia	140
	Calabria	133
	<b>Campania</b>	<b>117</b>

■ Rinvio al Piano di Rientro relativamente all'assistenza residenziale per anziani e disabili, all'assistenza per malati terminali ed all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera

■ Criticità: vaccinazione antinfluenzale per anziani e gli screening

### LA PERFORMANCE REGIONALE



## Romano: «Ma quei dati sono vecchi abbiamo fatto molti passi in avanti»

### L'intervista

Il direttore del dipartimento Salute ritiene che con le riforme in atto il divario sia in via di superamento

«Ci fa male vedere quella tabella...» dice Ferdinando Romano, direttore del dipartimento Salute della Regione Campania.

**Fa male a lei, si figuri agli assistiti...**

«Fa male perché non è veritiera. Viene pubblicata adesso ma sono dati vecchi di due anni. Per gli assistiti nel 2014 la situazione è già molto diversa».

**Le criticità sono state tutte superate?**

«Tutte no, ma abbiamo messo in campo azioni straordinarie che al ministero della Salute sono state molto apprezzate».

**Andiamo nel concreto. Il punto più delicato sono gli screening: la Campania ha preso il voto 2 su 15. Parliamo di prevenzione per i tumori.**

«Proprio sugli screening c'è un provvedimento importante, il decreto 14 del 2014 che ridefinisce tutto il modello organizzativo e collega il 20% del premio di produttività dei direttori generali delle Asl al conseguimento dei risultati negli screening per cervice, mammella e colon».

**Quindi è un progetto ancora da attuare...**

«Quattro Asl su sette hanno già il piano attuativo».

**Punto dolente dell'assistenza in**

**Campania sono gli hospice per i malati terminali: l'obiettivo è un posto letto ogni cento deceduti e in Campania siamo a 0,26.**

«Eravamo a 0,26 nel 2012. Poi l'anno scorso abbiamo attivato 90 posti letto, cui se ne sommeranno 62 tra quest'anno e il prossimo. Voglio dire: quel punteggio di 117 fotografa il passato: nel 2013 confidiamo di arrivare a 130 e per il 2015 puntiamo a 160».

**Restiamo ai casi concreti: la frattura al femore negli anziani va operata entro le 48 ore. L'obiettivo è raggiunto nel 58% dei casi in Emilia Romagna, nel 49% in Sicilia e nel 14% dei casi in Campania. Come mai?**

«Perché c'erano modelli organizzativi disparati e nel complesso inefficienti. A fine 2013 siamo intervenuti imponendo noi un modello organizzativo ed è già in atto un miglioramento, che ovviamente si vedrà nel 2014».

**Quali sono i settori dove appare più difficile il recupero?**

«C'è un trend di recupero nettissimo in tutte le attività: si registrano miglioramenti nelle vaccinazioni, nella riduzione del tasso di ospedalizzazione, nell'assistenza domiciliare, nel campo veterinario così come nella sicurezza del lavoro».

**Nettissimo è il ritardo per l'assistenza agli anziani in strutture residenziali. L'obiettivo è di 10 posti letto ogni mille anziani. Il Veneto è a 25, la Lombardia a 27, la Puglia a 4,42 e noi a 0,56...**



»

### Screening

La prevenzione contro i tumori rientra nei premi di produttività dei manager Asl

«Ci stiamo muovendo in tre direzioni: accreditando i posti disponibili, riconvertendo letti dei privati e autorizzando di nuovi. Sono azioni di quest'anno. Per tale assistenza la metà della spesa è a carico del sistema sanitario e la metà o del privato o, per i più bisognosi, dei Comuni».

**Come sta andando il freno ai ricoveri fuori regione?**

«Secondo le prime verifiche abbiamo già risparmiato alcune decine di milioni».

**Poca cosa rispetto al rischio di tagli. C'è un tema risorse?**

«Giovedì le Regioni discuteranno del fondo di riparto del 2014. Abbiamo stimato che con le regole scritte da Calderoli noi perdiamo 400 milioni all'anno. I governatori hanno raggiunto un'intesa per modificare i pesi definiti da Calderoli ma va trovato l'accordo tecnico per uscire dal sistema della mera pesatura per età».

**L'età è un criterio che favorisce il Nord. Solo che il Veneto ha detto sì a nuovi pesi perché intende aggiungere il tasso di industrializzazione sostenendo che dove ci sono più industrie ci si ammala di più...**

«La popolazione campana è in una condizione di debolezza e di forte disagio economico. L'assistito, per imposizione del ministero, deve contribuire alla spesa ma ciò per alcune fasce sociali equivale a non curarsi. La verità è che il livello di salute è fortemente dipendente dal reddito e non tenerne conto in sede di riparto del fondo significa limitare il diritto alla salute».

**A suo parere è una battaglia che si può vincere?**

«È nelle mani del presidente Caldoro. Certo che presentarsi al tavolo con i conti del 2013 per la prima volta in pareggio ci darà molta più forza contrattuale».

m.e.

**Crediti delle imprese.** Manca il decreto attuativo sulle cessioni

# Pagamenti Pa, per le banche certificazioni da «blindare»

**Carmine Fotina**

ROMA

Le nuove norme sui pagamenti della Pa? A buon punto, ma non mancano le cose da fare. Per Giovanni Sabatini, direttore generale dell'Abi e presidente del consorzio Cbi, il decreto Irpef ha risolto buona parte delle incertezze normative che negli ultimi anni hanno impedito lo sblocco dei debiti della pubblica amministrazione, ma adesso bisogna blindare il sistema della certificazione dei crediti. «La certificazione fotografa la situazione al momento della cessione - spiega Sabatini riassumendo le criticità che stanno incontrando diversi associati Abi - ma successivamente possono intervenire nuovi elementi, come l'emersione di un debito fiscale o altro, che decurtano automaticamente il credito che nel frattempo è stato già ceduto dalle imprese». Un punto sul quale potrebbe esserci una modifica in sede di conversione in legge del decreto.

Proprio l'iter parlamentare del Dl Irpef rappresenta un crocevia decisivo per implementare le norme varate dal governo

Renzi. Perché, nonostante il termine sia scaduto il 24 maggio, non è ancora stato emanato il decreto attuativo che deve fissare il tasso massimo di sconto che le banche possono praticare nelle operazioni di cessione da parte delle imprese. Né è stata firmata la convenzione tra l'Abi e la Cas-

## **NORME DA COMPLETARE**

Sabatini (Abi): misure del decreto da perfezionare. Ancora 1.500 le amministrazioni non iscritte alla piattaforma della Rgs

sa depositi e prestiti. Tutto si sbloccherà dopo la conversione del decreto, per recepire anche eventuali modifiche ed emendamenti. «Sulla convenzione siamo sostanzialmente pronti - dice Sabatini a margine di un convegno organizzato al Forum Pa -. Quanto al tasso di sconto (si ipotizza un tetto del 2%, ndr) in linea astratta potrebbe essere inutile fissare un limite al mercato, che comunque terrebbe conto del fatto che si tratta di crediti

assistiti dalla garanzia dello Stato. Detto questo penso si troverà una soluzione ragionevole».

Al Forum Pa interviene anche la Ragioneria dello Stato, che gestisce la piattaforma elettronica su cui viaggiano le certificazioni e che, in base alle nuove norme, a partire da luglio dovrà diventare il contenitore di tutte le fatture. Salvatore Bilardo, ispettore generale capo per la finanza delle Pa, abbassa l'asticella dei debiti arretrati: 60 miliardi dice, citando anche il Def, e non i 90 indicati a suo tempo dalla Banca d'Italia (un dato che includeva anche debiti non scaduti). Non tutte le Pa però, sottolinea Bilardo, risultano adempienti: su 22mila amministrazioni, ne restano 1.500 che nonostante richiami diretti non si sono ancora registrate alla piattaforma elettronica.

Quest'ultima, una volta potenziata come previsto dal decreto Irpef, continuerà a dialogare con il sistema bancario per il tramite dei servizi del Cbi al quale sono consorziati circa 600 istituti finanziari.

 @CFotina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Pagamenti elettronici.** Dal 30 giugno commercianti, artigiani e professionisti dovranno accettare le carte di debito

# Sale la protesta sull'obbligo di Pos

Le categorie lamentano gli alti costi tra spese di gestione e commissioni bancarie

**Federica Micardi**

Il 30 giugno scatterà l'obbligo, previsto dal Dl 179/2012, di accettare pagamento con **bancomat**, oltre la soglia dei 30 euro, per artigiani, commercianti e professionisti. Obiettivo: ridurre l'uso del contante e consentire la tracciabilità dei pagamenti. Una lotta al "nero" che tutti condividono, ma che deve fare i conti con costi e con le difficoltà dell'adempimento.

## Artigiani e commercianti

A oggi è difficile sapere quanti hanno già installato il Pos per accettare i pagamenti con carta di debito. Secondo una stima fatta da Confartigianato - racconta il direttore delle politiche economiche, Bruno Panieri - le imprese artigiane che ancora non si sono adeguate sono due milioni e mezzo, forse tre. «Esistono difficoltà operative - spiega Panieri - perché non tutte le banche offrono questi strumenti; inoltre la presenza del costo a forfait rende questo mezzo di pagamento antieconomico quando si parla di piccoli importi».

Preoccupata dell'imminente entrata in vigore anche Cna: «È innegabile l'importanza della tracciabilità - afferma Mario Pagani, responsabile del dipartimento delle politiche industriali - ma non si può ignorare l'impatto in termini di costi sulle attività che hanno prodotti di basso valore. Servirebbero degli incentivi per favorire il passaggio anche culturale alla moneta elettronica; sarebbe anche opportuno alzare la soglia minima almeno a 50 euro per ammortizzare i costi».

Istanze che sono state avanzate da Rete Imprese, tra cui anche Casa-artigiani, con una lettera inviata il 16 maggio ai ministri Padoan (Economia) e Guidi (Sviluppo economico).

Per Mauro Bussoni, segretario generale di Confesercenti il grosso handicap dell'obbligo del Pos è legato al costo di gestione: non solo le commissioni, ma anche l'onere di locazione della macchinetta e le spese di trasmissione. «Prendiamo, ad esempio, i tabaccai - spiega Bussoni - che hanno margini di guadagno molto bassi. Per un bollo di 300 euro il guadagno

per l'esercente è di un euro, ma se il pagamento avviene con bancomat il costo che il tabaccaio deve sostenere è di 3 euro».

«Oggi il commerciante subisce il Pos - spiega Ernesto Ghidinelli, responsabile credito per Confcommercio - mentre potrebbe favorirne la diffusione se esistessero le condizioni adatte. La moneta elettronica offre infatti vantaggi sia in termini di efficienza che di sicurezza. La vera svolta - sostiene Ghidinelli - sarà renderla conveniente».

La legge non prevede una sanzione per chi non adempie, ma secondo Confartigianato le organizzazioni dei consumatori, potrebbero promuovere class action contro le categorie inadempienti per danno in sede civile.

## Professionisti

Anche i professionisti sono preoccupati ma, a differenza di negozi e piccoli artigiani, non tutti hanno a che fare direttamente con i privati. C'è però una mobilitazione da parte di alcuni Consigli nazionali. In primis gli architetti, che vedono in quest'obbligo un regalo alle banche. Il ricorso presentato al Tar del Lazio è stato respinto, quindi si è deciso di rivolgersi al Garante della concorrenza e del mercato. Nell'attesa del Garante, il Consiglio, il 21 maggio, ha inviato agli iscritti un parere legale in cui viene "minimizzato" il rischio in caso di inadempienza.

Secondo il Consiglio nazionale forense, che ha diramato una circolare il 20 maggio, non esiste un obbligo giuridico, piuttosto si deve parlare di «onere».

Oggi dovrebbe arrivare anche una circolare della Fondazione studi dei consulenti del lavoro. «Pagare tramite Pos - spiega il presidente Rosario De Luca - è un'opportunità per i clienti, ma non un obbligo in senso stretto per i professionisti. Se il legislatore non ha previsto la sanzione per il mancato possesso del Pos è evidente che la lettura non può che essere questa».

Per i consulenti i guadagni che quest'obbligo porterà nelle casse delle banche arriveranno a un miliardo e trecento milioni.

**La bussola tra le norme**

**LA NORMA**

«A decorrere dal 30 giugno 2014, i soggetti che effettuano l'attività di vendita di prodotti e di prestazione di servizi, anche professionali, sono tenuti ad accettare anche pagamenti effettuati attraverso carte di debito. Sono in ogni caso fatte salve le disposizioni del decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231». È quanto prevede l'articolo 15, comma 4, del decreto legge 179/2012, convertito con la legge 221/2012; decreto che è stato poi modificato dall'articolo 9, comma 15-bis, del Dl 150/2013 (decreto milleproroghe), il quale ha rinviato l'entrata in vigore dal 28 marzo 2014 al 30 giugno 2014.

**I DECRETI**

Il decreto legge 179/2012 all'articolo 15, comma 5, prevede anche che «con uno o più decreti del ministero dello Sviluppo economico, di concerto con il ministero dell'Economia e delle finanze, sentita la Banca d'Italia, vengono disciplinati gli eventuali importi minimi, le modalità e i termini, anche in relazione ai soggetti interessati, di attuazione della disposizione di cui al comma precedente. Con i medesimi decreti può essere disposta l'estensione degli obblighi a ulteriori strumenti di pagamento anche con tecnologie mobili».

**IL REGOLAMENTO**

Nella Gazzetta Ufficiale del 27 gennaio 2014, n. 21, prima della proroga, è stato pubblicato il decreto del ministro dello Sviluppo economico datato 24 gennaio 2014 attuativo dell'ambito di applicazione dei pagamenti mediante carte di debito. Il regolamento prevedeva un'applicazione graduale in base a limiti di fatturato (per i primi tre mesi l'obbligo scattava con un fatturato superiore ai 200mila euro), che è venuta meno a causa della proroga. Di quel regolamento resta in vigore il tetto dei 30 euro, oltre il quale si può chiedere di pagare con il bancomat.

**I DECRETI FUTURI**

Il decreto 21 del 27 gennaio 2014 prevedeva, all'articolo 3, che con successivo decreto, da adottarsi entro 90 giorni dall'entrata in vigore dell'obbligo (e quindi entro il 26 giugno 2014), potevano essere individuate nuove soglie e nuovi limiti minimi di fatturato, con possibilità inoltre di estendere gli obblighi ad ulteriori strumenti di pagamento elettronico anche con tecnologie mobili. Se entro il 26 giugno non sarà emanato un nuovo decreto la data del 30 giugno 2014 dovrebbe essere necessariamente intesa come momento di avvio a regime dell'obbligo per tutti gli operatori economici.

**Il quadro normativo.** In attesa dei nuovi decreti

# Ma il vincolo è senza sanzioni

**Benedetto Santacroce**

■ Dal 30 giugno per le imprese e i professionisti scatta l'obbligo di accettare anche pagamenti effettuati attraverso carte di debito (bancomat). L'obbligo, potrebbe, attraverso l'emanazione di decreti estendersi a ulteriori strumenti di pagamento elettronici basati anche su tecnologie mobili. Inoltre allo stato attuale, in vigore del Dm 21 gennaio 2014, sempre dal 30 giugno l'obbligo sarà riferito a tutte le imprese e i professionisti senza eccezioni (non si può, infatti, applicare il limite di esclusione per i soggetti con un volume d'affari solo superiore a 200mila euro); sul piano oggettivo il decreto ha fissato un limite di 30 euro. Sotto questo limite l'obbligo non opera.

Questo è il quadro normativo fissato dall'articolo 15 del Dl 179/2012, dalle successive modifi-

cazioni e dai decreti attuativi. L'entrata in vigore dell'obbligo è stata preceduta da una serie di proroghe e da un vivace dibattito, alimentato in particolare da alcune categorie professionali che con diversi interventi hanno puntualizzato la natura dell'obbligo e le conseguenze che lo stesso produce a chi non si adegua (si vedano le schede in pagina).

Secondo queste posizioni l'obbligo previsto dalla norma non può essere considerato in modo automatico e assoluto un dovere di dotare il proprio ufficio di un

**I PARERI**

Secondo avvocati, architetti e consulenti del lavoro in caso di inadempienza si profila solo la mora del creditore

Pos per consentire al cliente di pagare con un bancomat. Inoltre, il soggetto che non si adegua non rischia alcuna sanzione, se non il caso in cui il comportamento sfoci in una violazione degli obblighi previsti dal Testo unico anticiclaggio (Dlgs 231/2007). Sotto il primo profilo l'obbligo previsto dalla norma non si può assimilare a un dovere giuridico di dotarsi di strumenti tecnologici per consentire al cliente di pagare con il bancomat, ma costituisce un onere che grava in capo all'impresa e al professionista. Questo onere genera, nel caso in cui il cliente chieda di pagare con il bancomat e il creditore non permetta al cliente di pagare con lo specifico mezzo, una «mora del creditore» che non libera giuridicamente il cliente dall'obbligazione derivante dal bene o dal servizio acquisito.

Questa considerazione giuridica è utile per i professionisti o per le imprese che operano in modo strutturato e sulla base di precisi contratti con una diretta conoscenza del cliente; non è però facilmente applicabile alle strutture imprenditoriali che operano in esercizi pubblici a contatto con clienti del tutto occasionali. In questi contesti, si pensi a un bar, a un ristorante o, più in generale, a un esercizio commerciale il non mettere a disposizione un Pos ovvero un altro meccanismo per pagare con il bancomat potrebbe produrre dei problemi e delle difficoltà operative di intuitiva evidenza. Inoltre, l'obbligo costituisce uno strumento di semplificazione nei rapporti con i clienti, con scopi anche di natura pubblica di grande interesse. Quindi la riflessione che bisognerebbe fare è di intervenire semmai sui costi dell'adeguamento, piuttosto che sui limiti giuridici di applicazione.

## Le nuove Linee guida del Garante della privacy: vietato diffondere informazioni sulla salute

*Solo dati aggiornati e indispensabili. Sì agli "open data", ma senza pregiudicare i diritti delle persone. Garanzie per i più deboli. Queste le direttive fondamentali attraverso le quali il Garante della privacy ha voluto contemperare le esigenze di pubblicità e trasparenza con i diritti e le libertà fondamentali nonché la dignità delle persone quando vengono diffusi sul web dati dei cittadini.*



Solo dati aggiornati e indispensabili. Vietato diffondere informazioni sulla salute. Sì agli "open data", ma senza pregiudicare i diritti delle persone. Garanzie per i più deboli. Sui siti on line della Pa solo dati esatti, aggiornati e indispensabili. Vietato diffondere informazioni sulla salute. Sì agli "open data", ma senza pregiudicare i diritti delle persone. Garanzie per i più deboli. Allo scopo di contemperare le esigenze di pubblicità e trasparenza con i diritti e le libertà fondamentali nonché la dignità delle persone, il Garante privacy ha individuato un quadro organico e unitario di cautele e misure che le Pa devono adottare quando diffondono sui loro siti web dati

personali dei cittadini.

Le Linee guida, emanate alla luce del recente decreto legislativo n.33/2013, riguardano sia la pubblicazione di dati e documenti che le Pa devono mettere on line per finalità di trasparenza, sia di quelli finalizzati a garantire altri obblighi di pubblicità degli atti amministrativi (es. pubblicazioni matrimoniali, deliberazioni sull'albo pretorio on line, avviso di deposito delle cartelle esattoriali etc.). Su tali Linee guida (in corso di pubblicazione sulla G.U.) il Garante ha sentito il Dipartimento della funzione pubblica, l'Autorità nazionale anticorruzione (Anac) e l'Agenzia digitale. Ecco in sintesi le principali misure indicate per la trasparenza on line.

### **Principi generali**

Le Pa devono pubblicare solo dati esatti, aggiornati e contestualizzati.

Prima di mettere on line sui propri siti informazioni, atti e documenti amministrativi contenenti dati personali, le amministrazioni devono verificare che esista una norma di legge o di regolamento che ne preveda l'obbligo.

Le Pa devono pubblicare on line solo dati la cui pubblicazione risulti realmente necessaria. E' sempre vietata la pubblicazione di dati sulla salute e sulla vita sessuale. I dati sensibili (etnia, religione, appartenenze politiche etc.) possono essere diffusi solo laddove indispensabili al perseguimento delle finalità di rilevante interesse pubblico.

Occorre adottare misure per impedire la indicizzazione dei dati sensibili da parte dei motori di ricerca e il loro riutilizzo.

Qualora le Pa intendano pubblicare dati personali ulteriori rispetto a quelli individuati nel decreto legislativo n.33, devono procedere prima all'anonimizzazione di questi dati, evitando soluzioni che consentano l'identificazione, anche indiretta o a posteriori, dell'interessato.

### **Open data e riutilizzo dei dati**

I dati pubblicati on line non sono liberamente utilizzabili da chiunque per qualunque finalità. L'obbligo previsto dalla normativa in materia di trasparenza on line della Pa di pubblicare dati in "formato aperto", non comporta che tali dati siano anche "dati aperti", cioè liberamente utilizzabili da chiunque per qualunque scopo. Il riutilizzo dei dati personali non deve pregiudicare, anche sulla scorta della direttiva europea in materia, il diritto alla privacy.

Le Pa dovranno quindi inserire nella sezione denominata "Amministrazione trasparente" sui propri siti web un alert con cui si informa il pubblico che i dati personali sono riutilizzabili in termini compatibili con gli scopi per i quali sono raccolti e nel rispetto del norme sulla protezione dei dati personali.

I dati sensibili e giudiziari non possono essere riutilizzati.

### **Durata degli obblighi di pubblicazione**

Il periodo di mantenimento on line dei dati è stato generalmente fissato in 5 anni dal decreto legislativo n.33. Sono previste però alcune deroghe, come nell'ipotesi in cui gli atti producano i loro effetti oltre questa scadenza. In ogni caso, quando sono stati raggiunti gli scopi per i quali essi sono stati resi pubblici e gli atti hanno prodotto i loro effetti, i dati personali devono essere oscurati anche prima del termine dei 5 anni.

### **Motori di ricerca**

L'obbligo di indicizzare i dati nei motori di ricerca generalisti (es. Google) durante il periodo di pubblicazione obbligatoria è limitato ai soli dati tassativamente individuati dalle norme in materia di trasparenza. Vanno dunque esclusi gli altri dati che si ha l'obbligo di pubblicare per altre finalità di pubblicità (es. pubblicità legale sull'albo pretorio, pubblicazioni matrimoniali etc).

Non possono essere indicizzati (e quindi reperibili attraverso i motori di ricerca) i dati sensibili e giudiziari.

### **Specifici obblighi di pubblicazione**

Risulta proporzionato indicare il compenso complessivo percepito dai singoli dipendenti (determinato tenendo conto di tutte le componenti, anche variabili, della retribuzione). Non è però giustificato riprodurre sul web le dichiarazioni fiscali o la versione integrale dei cedolini degli stipendi. Esistono invece norme ad hoc per gli organi di vertice politico.

A tutela di fasce deboli, persone invalide, disabili o in situazioni di disagio economico destinatarie di sovvenzioni o sussidi, sono previste limitazioni nella pubblicazione dei dati identificativi.

Vi è invece l'obbligo di pubblicare la dichiarazione dei redditi di politici e amministratori, con l'esclusione di dati non pertinenti (stato civile, codice fiscale) o dati sensibili (spese mediche, erogazioni di denaro ad enti senza finalità di lucro etc.).

### **Obblighi di pubblicità degli atti per finalità diverse dalla trasparenza**

Il rispetto dei principi di esattezza, necessità, pertinenza e non eccedenza, permanenza on line limitata nel tempo dei dati personali, vale anche per la pubblicazione di atti per finalità diverse dalla trasparenza (albo pretorio on line degli enti locali, graduatorie di concorsi etc.).

Al fine di ridurre i rischi di decontestualizzazione del dato personale e la riorganizzazione delle informazioni secondo parametri non conosciuti dall'utente, è necessario prevedere l'inserimento all'interno del documento di "dati di contesto" (es. data di aggiornamento, periodo di validità, amministrazione, numero di protocollo) ed evitare l'indicizzazione tramite motori di ricerca generalisti, privilegiando funzionalità di ricerca interne ai siti web delle amministrazioni.

Deve essere evitata la duplicazione massiva dei file.

## Rapporto Istat 2014: “SSN in bilico tra vincoli di spesa e qualità”. 11,1% italiani rinuncia a curarsi per motivi economici o per le liste d’attesa

*Presentato il tradizionale Rapporto annuale dell’Istituto. Ampio spazio dedicato alla sanità ed emerge un quadro preoccupante per il diritto alle cure. Più di 11 italiani su cento (13,2% donne e 15% al Sud) hanno infatti dichiarato di aver rinunciato alle cure (accertamenti o visite specialistiche non odontoiatriche, interventi chirurgici o acquisto di farmaci).*



Il Sistema sanitario nazionale (Ssn) nel corso degli anni ha dovuto mantenere un difficile equilibrio tra i vincoli di spesa e l’efficacia della sua azione. Anche se il Sistema sanitario pubblico ha migliorato notevolmente il suo livello di accountability, come si evince dalla riduzione del debito accumulato nel corso degli anni. L’analisi è contenuta nel Rapporto annuale dell’Istat che dedica ampio spazio alla sanità nel capitolo 4 ([vedi](#)).

Inoltre - sottolinea l’Istat - l’aumento costante della sopravvivenza e la sostanziale stabilità dell’incidenza della cronicità grave, testimoniano che l’attività di assistenza e cura svolta dal Ssn ha conseguito esiti soddisfacenti, nonostante i forti tagli apportati. Gli aspetti ancora problematici si riscontrano sul fronte dell’equità, per la quale gli indicatori segnalano persistenti divari di genere, sociali e territoriali, sia in termini di esiti di salute sia di accessibilità delle cure.

**Per l’Istat è indubbio che va destinata attenzione alle conseguenze della riduzione della spesa sanitaria pubblica** e alle difficoltà dimostrate dalle famiglie a far fronte con risorse proprie alle cure sanitarie. Un indicatore importante al riguardo è costituito dalle rinunce alle cure. Nel 2012, la quota di cittadini che ha rinunciato alle cure si attesta all’11,1 per cento, in maggioranza donne (13,2 per cento, uomini 9,0 per cento); a livello territoriale la quota è più elevata nel Mezzogiorno (14,8 per cento).

**L’incremento costante degli anziani fa aumentare la fascia di popolazione più esposta a problemi di salute di natura cronico-degenerativa.** Oltre la metà della popolazione ultrasessantacinquenne soffre di patologie croniche gravi. In particolare, nella classe di età 65-69 anni e 75 e oltre, le donne che soffrono di almeno una cronicità grave rappresentano, rispettivamente, il 28 e il 51%.

**Il diabete, i tumori, l’Alzheimer e le demenze senili sono le patologie che mostrano una dinamica in evidente crescita** rispetto al passato. Gli uomini soffrono di almeno una cronicità grave nel 36% dei casi nella classe di età 65-69 e nel 57% tra quelli ultrasessantacinquenni.

**La dinamica della cronicità grave è dovuta all'invecchiamento.** Se depurato dall'effetto dovuto all'incremento del contingente di persone anziane, il tasso resta infatti stabile (14,6% nel 2005 contro 14,9 nel 2012), con differenze di genere a sfavore degli uomini (16% contro 13,9% delle donne).

**Nel 2012, la spesa sanitaria pubblica è pari a circa 111 miliardi di euro**, inferiore di circa l'1% rispetto al 2011 e dell'1,5% in confronto al 2010. Durante la crisi, dal 2008 al 2011, le prestazioni a carico del settore pubblico si sono ridotte, compensate da quelle del settore privato a carico dei cittadini. Infatti, il valore della produzione pubblica (valutata a prezzi 2005) è rimasto invariato, mentre quello del settore privato è cresciuto dell'1,7%.

Nel settore della sanità pubblica diminuisce il deficit delle Aziende sanitarie, migliora l'appropriatezza organizzativa e clinica, ma persistono le disuguaglianze di salute e di accessibilità alle cure.

**Lo svantaggio del Mezzogiorno è strutturale**, le condizioni di salute sono peggiori rispetto al resto del Paese. La speranza di vita è di 79 anni per gli uomini e 83,7 anni per le donne (nel Nord rispettivamente 79,9 e 84,8 anni). La prevalenza di cronicità grave, al netto della struttura per età, si attesta al 16,1%, contro il 14,2% registrato nel Nord del Paese.

**Anche i divari socio-economici sono strutturali.** Nel 2012 le persone di 65 anni e oltre con risorse economiche scarse o insufficienti dichiarano di stare male o molto male nel 30,2% dei casi contro il 14,8% di chi ha risorse economiche ottime o adeguate. Il rischio di cronicità grave è più elevato tra le classi sociali più modeste: chi ha una condizione economica familiare scarsa o insufficiente ha un rischio di 1,6 volte superiore alla famiglia con risorse economiche ottime o adeguate.

**Nel 2012 l'11,1% dei cittadini dichiara di aver rinunciato alle cure** (accertamenti o visite specialistiche non odontoiatriche, interventi chirurgici o acquisto di farmaci). Tale quota sale al 13,2% fra le donne mentre a livello territoriale è più elevata nel Mezzogiorno (15% circa). L'accessibilità alle cure sanitarie è più difficile per chi ha risorse economiche scarse o inadeguate. Nel 50,4% dei casi, chi rinuncia ad una prestazione sanitaria lo fa per motivi economici, nel 32,4% a causa delle liste di attesa o eccessiva distanza dalle strutture.

**Queste evidenze – sottolinea l'Istat - prospettano per il futuro un aumento della pressione sul Sistema sanitario nazionale**, dovuto all'incremento di persone bisognose di cure e assistenza. Proiettando, infatti, il rischio di soffrire di almeno una patologia cronica grave sulla struttura per età della popolazione prevista per i prossimi venti anni, ci si attende una prevalenza di cronici gravi superiore al 20 per cento nel 2024 e oltre il 22 per cento per il 2034, attualmente tale quota è al 15 per cento.

**Inoltre, continua a essere rilevante il problema delle disuguaglianze sociali nella salute.** In particolare, le persone di 65 anni e oltre, con risorse economiche scarse o insufficienti, che dichiarano di stare male o molto male, sono nel 2012 il 30,2 per cento (28,6 per cento nel 2005), contro il 14,8 per cento di chi dichiara risorse ottime o adeguate (16,5 per cento nel 2005). Tra queste, sono gli anziani del Mezzogiorno il gruppo di popolazione più vulnerabile.

## Issirfa-Cnr. “Spesa sanitaria è diminuita. Ma la riduzione è pesata di più su Regioni in Piano di rientro”

*La spesa sanitaria corrente si è mediamente ridotta. La spesa farmaceutica convenzionata è diminuita quasi del 9%, quella per il personale dell'1,4%. Il disavanzo è sceso di oltre 500 mln ma la riduzione è pesata sulle Regioni in piano di rientro, mentre si è verificato un aumento in quelle a statuto speciale e nelle PA. Lo dice il “Rapporto sulle Regioni in Italia 2013” dell'Issirfa-Cnr.*



Se la spesa sanitaria corrente si è mediamente ridotta ed è rimasta stabile in rapporto al Pil, ovvero pari al 7%, è però aumentata in regioni come Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Sardegna, Trento e Bolzano per un valore oscillante tra l'1 e il 2%, mentre è calata in Liguria (3,2%), Basilicata, Piemonte, Toscana, Marche, Molise, Campania, Puglia.

A dirlo è il “Rapporto sulle Regioni in Italia 2013” dell'Issirfa-Cnr. Ovvero L'Istituto di Studi sui Sistemi Regionali Federali e sulle Autonomie fondato nel 1971, per impulso di **Massimo Severo Gianni**.

Sempre il rapporto riferisce che la spesa farmaceutica convenzionata è diminuita quasi del 9%, mentre quella per il personale dell'1,4%. Il disavanzo è sceso di oltre 500 milioni (-20%) passando, in rapporto al finanziamento effettivo, dal 6,5% del 2006 al 2% nel 2012, ma la riduzione è pesata per più di tre quarti sulle Regioni con piano di rientro (Piemonte, Veneto e Lazio), mentre si è verificato un aumento in quelle a statuto speciale e nelle Province autonome.

Secondo il direttore dell'Issirfa-Cnr, **Stelio Mangiameli**: “le politiche socio-assistenziali risentono, forse più ancora, della crisi economica. La materia rappresenta circa il 10% della produzione normativa regionale ma i contenuti sono cambiati sensibilmente: ferma la spinta alla crescita, ci si orienta a garantire l'esistente”.

Mangiameli afferma inoltre che “il 2012 è stato un anno di grande difficoltà, giacché la legge di stabilità ha stanziato per il Fondo nazionale politiche sociali solo 70 milioni di euro, di cui appena 10,7 destinati alle Regioni, molte delle quali continuano comunque a sostenere famiglie a basso reddito, numerose, con anziani e/o disabili, ad esempio Lombardia, Sicilia, Umbria, Bolzano, Campania, e a intervenire nell'ambito dei servizi per l'infanzia: Piemonte ed Emilia-Romagna, per esempio”.

Alcune Regioni hanno tentato di limitare l'accesso alle prestazioni sociali per “anzianità di residenza” sul territorio, criterio che la Corte costituzionale ha dichiarato incostituzionale. Per quanto riguarda gli stranieri non comunitari, il numero dei regolari è in costante crescita e la diminuzione di nuovi ingressi è netta, mentre nel 2012 è in risalita la quota di italiani che si trasferiscono all'estero.

Sono moltissime, emerge inoltre dal rapporto, le Regioni che già da qualche anno stanno cominciando ad affrontare in modo organico la questione del sostegno alle famiglie a basso reddito, numerose, gravate dall'assistenza anziani e disabili.

## L'affondo di Lorenzin: "Sulla sanità troppi poteri al MEF. Ministero Salute torni protagonista, altrimenti meglio abolirlo"

*"Le politiche sanitarie sono state ad appannaggio del Mef, all'insegna del tentativo di contrarre la spesa". "Ora, però, è arrivato il momento di restituire al Ministero della Salute il suo ruolo legittimo, cioè di effettiva gestione della politica sanitaria. In caso contrario, è preferibile abolirlo". Così oggi Beatrice Lorenzin intervenendo a Roma nel corso del '3° Healthcare Summit' del Sole 24 Ore*



“La sfida più importante che ci attende è quella di riuscire ad abbandonare una visione prettamente ragionieristica del sistema salute”. E’ la rotta tracciata dal ministro **Beatrice Lorenzin** nel suo intervento nel corso del '3° Healthcare care Summit', promosso dal *Sole 24 Ore*, svoltosi stamane a Roma. “Negli ultimi anni – ha proseguito – le politiche sanitarie sono state ad appannaggio del Mef, all’insegna del tentativo di contrarre la spesa, mantenendo un adeguato livello di assistenza. Ora, però, è arrivato il momento di restituire al Ministero della Salute il suo ruolo legittimo, cioè di effettiva gestione della politica sanitaria. In caso contrario, è preferibile abolirlo”.

Secondo il ministro per costruire un sistema che funzioni in modo più efficace “non c’è bisogno di attendere la definizione delle riforme costituzionali, ma è essenziale recuperare una visione di insieme che uniformi i meccanismi di valutazione e che elimini le enormi difformità che caratterizzano il nostro territorio, spesso anche all’interno delle singole regioni”. In questo senso il passaggio dirimente è legato “alla creazione di un nuovo sistema di governance, che consenta un’effettiva ed efficace selezione dei manager sanitari. In Italia, allo stato attuale, ce ne sono pochi e circolano sempre gli stessi nomi. E’ proprio qui che è necessario intervenire, introducendo nuovi meccanismi di reclutamento, magari tramite l’utilizzo di un albo nazionale da cui attingere quando serve. Dobbiamo sviluppare la capacità di attrarre manager competenti e per farlo la politica deve compiere un passo indietro, affinché non incida più nelle scelte in modo così invasivo”.

Il Ssn non può comunque prescindere “da importanti investimenti che devono riguardare soprattutto le infrastrutture tecnologiche, l’innovazione, la ricerca e il personale. Obiettivo fondamentale è etter fine allo stato di emergenza strutturale che determina il blocco del turn over e che ostacola gli avanzamenti di carriera. Se non si assume, il dibattito sull’accesso a Medicina rischia di diventare surreale”. Tuttavia gli investimenti sono possibili “esclusivamente recuperando risorse all’interno del sistema, abbandonando integralmente l’idea dei tagli lineari. E per farlo è indispensabile un processo di trasformazione misurabile e quantificabile, incentrato su un meccanismo nazionale di verifica”.

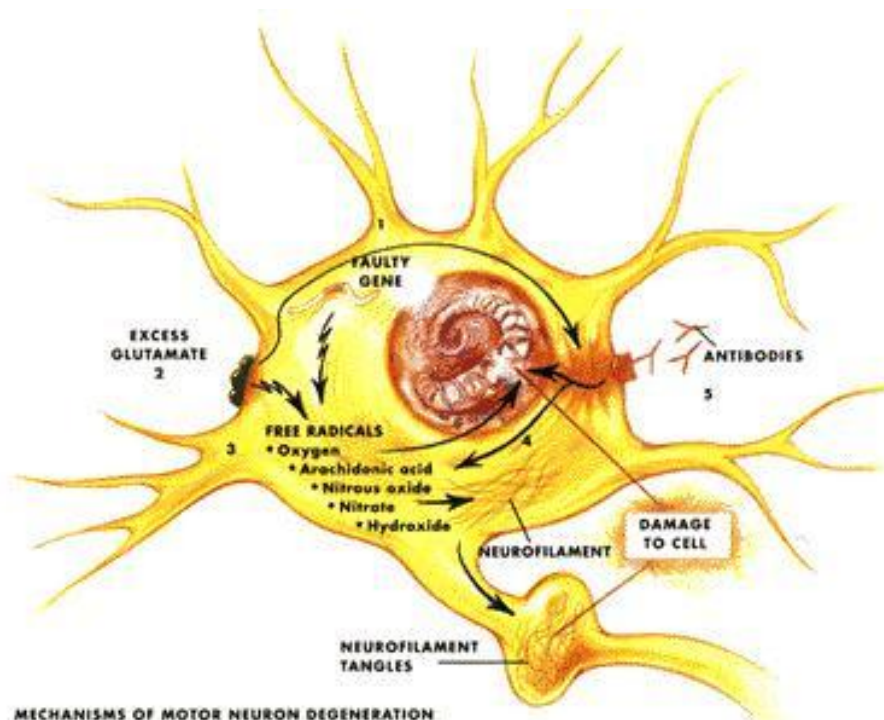
Tutte le dinamiche interne al sistema salute “incidono fortemente sul sistema industriale e sul mondo del lavoro. E’ quindi basilare che si ragioni nell’ambito di sistemi integrati all’interno di un sistema caratterizzato da regole certe e non che variano ogni sei mesi. Soltanto in questo modo sarà possibile consentire all’industria di restare sul nostro territorio e valorizzare il nostro personale di altissima qualità che costituisce un solido meccanismo di sicurezza”. Un cambiamento che passa anche “per una revisione del ruolo dell’Aifa, che è un fortissimo strumento regolatorio, che funziona bene, ma che non agisce come un’agenzia vera e propria. Abbiamo infatti il dovere di costruire un nuovo rapporto con l’industria”.

**A margine del suo intervento, il ministro ha poi parlato del Patto per la Salute.** "Sta finendo la parte tecnica - ha annunciato - Adesso inizia la parte politica in cui ci sono alcuni nodi che meritano una riflessione. Speriamo che il Patto riesca a risolvere alcune criticità del sistema che non si possono più eludere". Sul tema della digitalizzazione del sistema, Lorenzin ha osservato: "Abbiamo gli strumenti, dalla cartella elettronica all'anagrafe degli assistiti, ma manca l'immissione dei dati in tempo reale. Ma non può essere fatta per legge, bensì spetta agli enti locali e alle aziende ospedaliere". Tutte queste misure "ci permetteranno di risparmiare in qualche anno alcuni miliardi, che ho quantificato in 10, da poter reinvestire nel sistema sanitario".



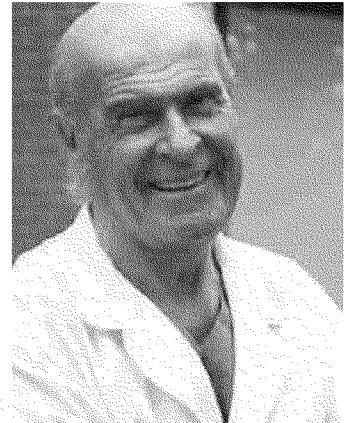
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



## tuttoSCIENZE & salute

# Vent'anni di conquiste contro il cancro ma c'è ancora tanto da fare



UMBERTO VERONESI  
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

**L'**Istituto Europeo di Oncologia è stato ideato negli Anni 80 e realizzato negli Anni 90 - è stato inaugurato il 30 maggio 1994 - intorno ad una sfida scientifica: riunire sotto uno stesso tetto l'esperienza e la competenza disseminate per l'Europa, integrando tutte le attività di lotta al cancro (ricerca, cura, formazione dei medici e informazione della popolazione), serve ad ottenere risultati migliori per i malati oncologici? Dopo 20 anni la risposta generale è sì, ma bisogna fare dei distinguo fra obiettivi raggiunti e non raggiunti.

Un risultato molto significativo che abbiamo ottenuto è il controllo della malattia a livello locale: quando il tumore è iniziale, confinato all'organo colpito e non diffuso ad altre parti dell'organismo, abbiamo imparato a guarirlo con metodiche poco invasive, che permettono una buona qualità di vita durante e dopo la terapia. Per il tumore del seno tre innovazioni hanno sostanzialmente cambiato la cura, portando la guaribilità vicino al 90%: il linfonodo sentinella, la chirurgia radioguidata («Roll») e la radioterapia intraoperatoria. Oggi, se una donna scopre un tumore mammario di piccole dimensioni, può effettuare tutti i trattamenti necessari in sala operatoria e, se lo desidera, anche in day hospital, tornando a casa alla sera. Anche il tumore del polmone.

che oggi ha ancora una mortalità altissima perché non viene diagnosticato per tempo, se è scoperto in fase precoce può essere trattato in toracosopia (vale a dire attraverso piccoli fori nella cute) oppure con il robot (sempre senza tagli chirurgici), ottenendo una guarigione nel 85% dei casi, senza bisogno di altre terapie. Per il carcinoma prostatico ci sono due ottime alternative, a seconda dei casi: la radioterapia, che è giunta a livelli di precisione tali da poter effettuare un trattamento completo in sole 5 sedute, e la chirurgia robotica che, a parità di efficacia con quella tradizionale e con un ricovero di 48 ore, riduce quasi a zero i temuti effetti collaterali di incontinenza e impotenza. La guaribilità è del 80%. Per il tumore del colon, che risulta il più diffuso in Italia, abbiamo a disposizione addirittura una tecnica diagnostica che è anche terapia, perché la colonscopia è in grado di individuare e rimuovere le lesioni iniziali destinate a svilupparsi in tumore.

Questo ci introduce al secondo grande obiettivo conseguito che è l'efficacia dell'«imaging» diagnostico. La tecnologia in questo campo ha avuto uno sviluppo senza precedenti, tanto che stiamo studiando in Istituto la Risonanza Magnetica Total Body che, senza raggi e senza liquidi di contrasto, in 30 minuti effettua un viaggio virtuale in tutto il corpo per rivelarci situazioni

anomale: infiammazioni, lesioni vascolari, tumori iniziali. Va detto che tutti questi progressi hanno un presupposto imprescindibile: la partecipazione in massa della popolazione. Che ce ne facciamo di macchine superpotenti che trovano il cancro ancora prima che si manifesti e cure di alta precisione per microlesioni impalpabili, se la gente non si fa controllare? Ecco quindi il primo obiettivo mancato. Abbiamo fatto molto per diffondere la diagnosi precoce, ma non abbastanza. Ci sono casi, come quello del tumore del polmone, che devono diventare prioritari non solo per i centri oncologici, ma per le politiche sanitarie. Ogni giorno muoiono in Italia 100 persone per tumore del polmone e sappiamo che il 90% di questi tumori è dovuto al fumo di sigaretta. Eppure non facciamo campagne anti-fumo che incidano sul comportamento. Sappiamo anche che la maggior parte dei tumori polmonari potrebbe essere guarita grazie alla diagnosi precoce - con Tac a basse dosi - ma non riusciamo a convincere i fumatori a sottoporsi all'esame. La ricerca scientifica senza l'alleanza con la società è quasi impotente.

Il secondo obiettivo mancato riguarda proprio la ricerca molecolare - non solo allo Ieo, ma in tutto il mondo - che an-

### IL PROGETTO

**La risonanza «total body»  
permetterà di controllare  
tutto il corpo in 30 minuti**

cora non ha trovato rimedi adeguati per il cancro quando inizia la diffusione - la metastasi - e va curato non solo localmente, ma in modo sistemico, con i farmaci. I farmaci molecolari, che sono stati la grande promessa del 2000 a seguito della decodifica del Dna, e che dovevano finalmente assicurare massima efficacia e minima tossicità, in alternativa a una chemioterapia che ancora spaventa a volte come il tumore stesso, tardano ad entrare nella pratica clinica. Oggi sono poco più di 20 i farmaci intelligenti in uso, anche se sono un centinaio quelli in studio. Per la società questa è una sconfitta, ma per la scienza è una battuta d'arresto. Rimaniamo convinti che il principio dei nuovi farmaci - trovare molecole che intervengano solo sulle mutazioni di un tumore - è la strada maestra da seguire per i prossimi 20 anni.

1 - continua

# Nuove terapie contro la sclerosi

Circa 2 mila nuove diagnosi ogni anno, più di 68mila italiani colpiti. Sono i numeri della sclerosi multipla, malattia neurologica cronica, imprevedibile e invalidante, che colpisce spesso i giovani tra i 20 e i 30 anni, in particolare le donne. Per promuovere la lotta a questa patologia e la ricerca di una cura ricorre oggi il «World MS Day», giornata mondiale dedicata alla malattia promossa dalla Federazione internazionale sclerosi multipla con l'aiuto di diverse associazioni nazionali.

Se è vero che non esiste ancora una cura definitiva, il decorso della «RRMS» - la sclerosi «recidivante-remittente», la forma più diffusa della malattia che riguarda circa l'85% delle diagnosi - può essere però rallentato. Da sempre all'avanguardia nello sviluppo di terapie innovative per i pazienti affetti da patologie rare e disabilitanti, Genzyme, società del Gruppo Sanofi, renderà presto disponibili due nuove te-

rapie studiate per contrastare la malattia e migliorare aspettative e qualità di vita dei pazienti. La prima è già stata approvata dalle autorità europee e statunitensi che analizzano la validità dei nuovi farmaci, vale a dire Emsa e Fda, ed è una terapia orale in somministrazione monogiornaliera che unisce efficacia terapeutica a comodità di assunzione.

La seconda, già approvata in Europa ed ora sotto valutazione negli Usa, è un anticorpo monoclonale somministrato per infusione endovenosa con un dosaggio e uno schema di somministrazione innovativi. Richiede uno schema di somministrazione che, pur prevedendo un monitoraggio mensile in stretta collaborazione con il centro di cura, libera il paziente da un trattamento cronico. Vi sono inoltre significative evidenze circa la possibilità di ridurre la disabilità già acquisita, aspetto estremamente rilevante ed innovativo nel panorama delle opzio-

**«Top Seminars Sclerosi Multipla»:** è uno dei più importanti appuntamenti scientifici di aggiornamento sugli aspetti clinici e terapeutici della sclerosi multipla. Si è svolta la settimana scorsa a Sorrento, con la partecipazione di oltre 200 neurologi

ni terapeutiche per questa grave patologia cronica.

Delle nuove frontiere nella cura dei pazienti affetti da questa malattia si è parlato anche al «Top Seminars Sclerosi Multipla», uno dei più importanti appuntamen-

ti scientifici di aggiornamento sugli aspetti clinici e terapeutici della malattia, realizzato grazie al contributo non condizionante di Genzyme, che si è chiuso la settimana scorsa a Sorrento. Tra i neurologi presenti, il professor



Giancarlo Comi, direttore del dipartimento di Neurologia IRCCS del San Raffaele di Milano e uno dei massimi esperti della patologia.

«Nuovi farmaci si affiancano alle terapie già disponibili: il nuovo e l'antico possono così convivere, offrendo ai neurologi uno scenario rinnovato e l'opportunità di definire percorsi terapeutici sempre più personalizzati, capaci di massimizzare i benefici di ogni singolo trattamento e minimizzare i rischi per i pazienti - ha commentato Comi -. Si tratta di un cambiamento nell'approccio terapeutico: se fino a ora a gravità crescente del danno si somministravano farmaci sempre più potenti, oggi si può considerare in alternativa una strategia terapeutica in cui si gioca d'anticipo, con un trattamento aggressivo di breve durata per raggiungere una soppressione dell'attività di malattia,

## **L'obiettivo è controllare la malattia nel 50% dei casi**

per poi passare a una terapia di mantenimento a bassa intensità. L'obiettivo di questa strategia induttiva è ridurre il rischio di una progressione della disabilità a breve termine e offrire ai pazienti migliori prospettive di qualità di vita».

La scelta tra le due strategie sarà dettata dalle caratteristiche della malattia in quel particolare paziente: individualizzare la terapia e ottimizzare il rapporto tra rischi e benefici è il nuovo orizzonte terapeutico che si propone di controllare l'evoluzione della malattia in almeno il 50% dei malati nei prossimi due anni.

## Diabete. Disponibili le nuove linee guida italiane SID-AMD

*Arriva la terza edizione degli ‘Standard italiani per la Cura del Diabete Mellito’ e l’occasione per il ‘lancio’ è rappresentata dal Congresso Nazionale della Società Italiana di Diabetologia. Tra le principali novità, il formato solo elettronico, le nuove terapie, i nuovi aspetti delle complicanze della malattia.*



Dopo quattro anni, arriva la nuova edizione delle linee guida italiane per la diagnosi e terapia del diabete mellito. Le nuove linee guida, frutto della collaborazione SID e AMD, non saranno più disponibili in edizione cartacea, ma solo in formato elettronico. Tra le novità dell’edizione 2014, la personalizzazione degli obiettivi per l’emoglobina glicata, i nuovi obiettivi del trattamento della pressione arteriosa, le nuove terapie e i nuovi aspetti della nefropatia diabetica.

“Questa edizione degli Standard – spiega la dottoressa **Simona Frontoni**, coordinatrice degli Standard per SID (insieme alla dottoressa **Tina Lapolla**) e Responsabile UOC Endocrinologia e Diabetologia dell’Ospedale Fatebenefratelli, Isola Tiberina, Roma - è nata dalla volontà di creare delle linee guida, che fossero calate nella realtà italiana e che si discostassero dalle linee guida americane, quelle dell’*American Diabetes Association*, che avevano ispirato la prima edizione del 2007. Già nell’edizione del 2010 avevamo cercato di dare una caratterizzazione, che tenesse fortemente conto della realtà italiana e che si è ulteriormente concretizzata negli Standard di quest’anno”.

I capitoli che hanno visto un aggiornamento più evidente sono quelli della terapia del diabete tipo 2, essendo state considerate tutte le nuove molecole entrate in commercio a partire dal 2010. Novità anche nei capitoli relativi alle complicanze del diabete e ai *target* di terapia dei fattori di rischio. I *target* di pressione arteriosa, ad esempio, passano da 130 per la massima (pressione sistolica) e 80 per la minima (pressione diastolica), a 140 e 80, rispettivamente. Questa revisione è dettata dai risultati degli ultimi studi pubblicati in materia che hanno dimostrato che, scendere sotto 140 mmHg di massima, non comporta alcun vantaggio, anzi, quando si scenda molto al di sotto di questi valori, tendono ad aumentare gli eventi avversi inclusa la mortalità soprattutto nel caso del paziente anziano.

Il *target* dell’emoglobina glicata è rimasto invariato, ma viene ulteriormente sottolineata la necessità di individualizzare gli obiettivi della terapia, a seconda che si parli di un giovane con un diabete di recente diagnosi o di un anziano con tanti anni di diabete alle spalle e altre patologie associate. “In questo – afferma la dottoressa **Frontoni** – siamo stati dei precorrittori, perché nei nostri standard del 2010 era già sottolineata questa necessità di differenziare i *target* di glicata, nelle varie popolazioni di pazienti”.

Gli obiettivi di un buon trattamento del diabete sono dunque un'emoglobina glicata inferiore a 7% in generale; inferiore a 6,5% nel giovane con diabete appena diagnosticato e senza altre patologie associate; mentre diventa 'accettabile' anche un valore di 8-8,5% nell'anziano fragile, con malattia di lunga durata e altre patologie associate o complicanze del diabete in fase avanzata.

Gli obiettivi di glicemia a digiuno e prima dei pasti sono 70-130 mg/dl; quelli della glicemia 1 e 2 ore dopo un pasto sono <160 mg/dl. Invariati gli obiettivi di trattamento della dislipidemia: il colesterolo 'cattivo' o LDL dovrebbe essere inferiore a 100 mg/dl o addirittura inferiore a 70 mg/dl in pazienti con pregressi eventi cardiovascolari o fattori di rischio multipli; il colesterolo 'buono' (HDL) dovrebbe essere superiore a 40 nel maschio e superiore a 50 mg/dl nella femmina; i trigliceridi dovrebbero essere inferiori a 150 mg/dl.

“Per quanto riguarda le complicanze renali del diabete – spiega la dottoressa **Frontoni** – il diabetologo accorto non può accontentarsi di una microalbuminuria assente per concludere che quel paziente non abbia già un qualche grado di nefropatia diabetica. Al contrario, deve sempre calcolare, in tutti, anche il filtrato glomerulare, tanto più che è possibile farlo con semplici formule, descritte negli Standard”.

Questa edizione degli Standard, la terza, non sarà più disponibile in formato cartaceo, ma solo elettronico e sarà consultabile su un sito interattivo *online* dedicato, che contiene oltre ai testi dei capitoli, anche una serie di *link* a riferimenti importanti, quali linee guida, *review*, metanalisi, documenti ufficiali, leggi, circolari, siti di organizzazioni. La pubblicazione *online* consentirà inoltre di apportare tempestivi aggiornamenti, non appena si rendano disponibili nuove evidenze scientifiche.

“Gli Standard Italiani – commenta la dottoressa **Frontoni** - forniscono la testimonianza più valida dell'elevato grado di cultura e competenza della Diabetologia Italiana, che ancora una volta elabora un documento unitario e di estremo valore per una corretta gestione della pratica clinica quotidiana fornendo, nello stesso tempo, un solido riferimento per le amministrazioni e per le agenzie regolatorie. Gli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito sono ormai da tempo riferimento per l'intera comunità diabetologica e medica, forti della collaborazione tra Società Italiana di Diabetologia (SID) ed Associazione dei Medici Diabetologici (AMD)”.

Questa terza edizione degli Standard di Cura – commenta il **Prof. Stefano Del Prato**, Presidente della Società Italiana di Diabetologia – rappresenta il segno di un'ulteriore crescita della maturità della comunità diabetologica italiana che lavorato in modo intenso, competente e indipendente. C'è da augurarsi che oltre all'apprezzamento del diabetologo clinico, che troverà negli Standard lo strumento più solido per guidare le proprie scelte diagnostiche e terapeutiche possa anche essere acquisito come documento di riferimento dalle agenzie centrali come AIFA, così come da quelle regionali nello svolgimento del loro lavoro di analisi dei processi di rimborsabilità, anche e soprattutto dei nuovi farmaci”.

## La dieta anti-cancro esiste e svela un meccanismo anti-metastasi. Il segreto? Meno calorie

*Uno studio appena pubblicato su [‘Breast cancer research and treatment’](#) suggerisce che la restrizione calorica potrebbe ridurre la comparsa di metastasi nei tumori della mammella ‘triplici negativi’, creando una sorta di barricata intorno al tumore. Un effetto in gran parte legato alla riduzione di alcuni microRNA intracellulari.*



Una serie di evidenze scientifiche, già disponibili da tempo, indica la restrizione calorica come elisir di lunga vita. Meno calorie si assumono con i pasti insomma, maggiori sono le *chance* di vivere più a lungo. Ma adesso, un nuovo filone di ricerca suggerisce che tagliare le calorie protegge anche dalla diffusione locale e dalle metastasi, in caso di cancro della mammella.

Almeno negli animali da esperimento. La ricerca, pubblicata su *‘Breast cancer research and treatment’* è stata condotta su topine affette da tumore mammario e tenute a restrizione calorica (veniva tagliato il 30% delle calorie consumate abitualmente, quando gli animali avevano accesso libero al cibo).

Questa dieta forzata induceva una riduzione delle concentrazioni intracellulari di alcuni microRNA che, secondo gli autori della ricerca, rappresenterebbe il meccanismo patogenetico alla base di questo effetto anti-tumorale. **Nicole Simone**, professore associato del dipartimento di Oncologia e Radioterapia della *Thomas Jefferson University Radiation Oncology* e colleghi, ritengono infatti che la dieta ipocalorica attivi un particolare programma epigenetico, in grado di proteggere dalla diffusione del tumore. In particolare i ricercatori americani hanno scoperto che nelle cellule tumorali ‘affamate’, a ridursi è la concentrazione dei microRNA 17 e 20 (miR 17/20), che di norma sono invece abbondantemente espressi nei carcinomi tripli negativi metastatizzati.

Le pazienti affette da tumore della mammella vanno soggette ad un aumento ponderale pari a circa 5 Kg nel primo anno di trattamento, o perché costrette ad assumere steroidi per contrastare gli effetti indesiderati della chemioterapia o - in quelle con recettori ormonali positivi - come effetto collaterale della terapia anti-ormonale. Sono ormai diversi gli studi che dimostrano come un aumento di peso rappresenti un problema per le pazienti oncologiche, perché tra l’altro, rende meno efficaci i trattamenti oncologici. Per questo è così importante avere un occhio di riguardo per il metabolismo, nel corso di queste terapie.

E mentre l'aumento di peso, favorisce la comparsa delle metastasi, la restrizione calorica al contrario sembra potenziare gli effetti della radioterapia. “La restrizione calorica – spiega **Nicole Simone** – promuove delle alterazioni epigenetiche a livello del tessuto mammario, che rafforzano la matrice extracellulare; questo crea una sorta di ‘gabbia’ intorno al tumore, che impedisce alle cellule tumorali di ‘fuggire’ e diffondersi in giro per il corpo”.

L'individuazione di questi microRNA e la comprensione dei loro effetti fornisce dunque un modo per diagnosticare i tumori a maggior rischio di metastatizzazione, ma offre anche un nuovo *target* terapeutico. La messa a punto di farmaci capaci di ridurre il mir 17, ad esempio, potrebbe consentire di rafforzare la matrice extracellulare, esattamente come la dieta ipocalorica. Ma questa ipotesi si basa su uno studio animale; adesso andrà validata nell'uomo. E il gruppo della Jefferson ha infatti iniziato ad arruolare pazienti per il *trial* CaReFOR (*Calorie Restriction for Oncology Research*) per esplorare questa possibilità; nello studio verranno arruolate pazienti con tumore della mammella sottoposte a radioterapia, che riceveranno un *counselling* nutrizionale, mirato alla perdita di peso.