



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Il graffio**NON È SOLO
UNA QUESTIONE
DI SANITÀ**di **Giuseppe Galasso**

Non è di importanza solo demografica il dato recente, secondo il quale nel Mezzogiorno l'aspettativa di vita sarebbe di 4 anni inferiore alla media europea (nell'area metropolitana di Napoli: addirittura 8 anni). E, poiché si era già visto che la natalità italiana è diminuita di qualche decimo di punto anche al Sud, il nuovo dato risulta più che naturale, ed è difficile rinunciare a interrogarsi sulle ragioni di un tale divario. Deficienze sanitarie e stili di vita meno sani al Sud, si è detto. Ma non sembra che questo, anche se vero, possa bastare a causare la misura di quel divario. Sembra molto più giusto pensare a una più complessa problematica, che vada dai bassi livelli di vita, dagli insufficienti redditi, dalle molto scarse possibilità di occupazione e da altri simili elementi alle condizioni materiali e ambientali di vita. Siamo sempre in luoghi in cui, per questo verso, si va dalle «terre dei fuochi» a inquinamenti atmosferici gravi (come quelli sperimentati o temuti a Taranto nel caso dell'Ilva) o di altro genere. L'elemento demografico rinvia, dunque, a una considerazione complessiva dei problemi del Mezzogiorno, che di questi tempi è diventata sempre meno frequente. Bisognerà ricordarsene, se mai dopo le elezioni si parlerà di nuovo, seriamente, di Mezzogiorno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Rinnovata la piattaforma "HealthKit" dove far confluire i dati sulla salute. Anche un pronto soccorso virtuale

Il medico visita con l'app



LA FRONTIERA

Essere visitati senza che il paziente o il medico si spostino da casa o dallo studio, semplicemente utilizzando un'app. Inviare all'ospedale i propri parametri vitali in tempo reale, già prima di arrivare, permettendo ai sanitari di prepararsi a un'eventuale emergenza. O ancora, chiedere aiuto e inviare in un secondo la propria posizione ai soccorritori. Una delle frontiere della tecnologia, in un prossimo futuro, è senz'altro quella della salute. Ed è una frontiera che le grandi aziende hi-tech considerano prioritaria.

L'AGGIORNAMENTO

A cominciare da Apple, che con il nuovo aggiornamento del sistema operativo dei suoi iPhone, annunciato mercoledì e in arrivo in primavera, ha tra le altre cose rinnovato le funzionalità della piattaforma dedicata alla salute, HealthKit. Su quest'ultima confluiscono infatti tutti i dati raccolti con vari dispositivi, dai bracciali fitness alle bilance intelligenti, permettendo così di registrare l'attività fisica, di monitorare i cicli del sonno, di ricordare di staccare la spina qualche istante e rilassarsi oppure di controllare l'alimentazione. Con iOS 11.3, la nuova versione del software, Apple fa però un ulteriore passo in avanti.

La novità si chiama "ResearchKit", e non si limita solo a raccogliere dati sull'iPhone: è in grado di dialogare con dispositivi medici professionali, per avere rileva-

zioni estremamente affidabili. Informazioni che sarà poi possibile condividere in tempo reale con le strutture sanitarie. Pensato per il costoso sistema americano, potrebbe essere un valido alleato dei medici per le diagnosi ma anche per prevenire l'insorgere di patologie o ancora per gestire le emergenze. Su iOS 11.3 infatti c'è un nuovo tipo di tracciamento che sfruttando il gps e altri sensori sullo smartphone è in grado di localizzare una persona che chiede aiuto con precisione quasi millimetrica. Una soluzione che, stima l'associazione del Numero Unico Europeo (Eena), potrebbe salvare migliaia di vite nei prossimi 10 anni.

Per ora l'aggiornamento è disponibile solo negli Stati Uniti in versione di prova, e ci vorrà del tempo prima che la diffusione della nuova piattaforma abbia un impatto sulla quotidianità, anche se i primi miglioramenti si vedranno in tempi rapidi, forse già nei prossimi due mesi.

IL SETTORE

Sono molte le aziende che puntano a digitalizzare il settore, non solo in ambito diagnostico o terapeutico ma anche sotto l'aspetto organizzativo ed economico. Dallo scorso anno l'Nhs, il servizio sanitario inglese, sta sperimentando un bot - un computer capace di simulare un comportamento umano - al posto dei classici centralini che gestiscono le chiamate di emergenza negli ospedali. Un milione e 200mila residenti della zona nord di Londra possono inserire i loro sintomi nell'app dedicata e ricevere risposte in base ad

essi: l'applicazione consulta un ampio database di sintomi e malattie giudicando l'urgenza delle condizioni dell'utente e consigliando il da farsi, come fosse una prima forma di triage virtuale.

Da tempo si sono diffuse app per smartphone che consentono di fissare appuntamenti con medici o valutarne l'operato, come ScegliereSalute (una sorta di TripAdvisor della sanità nata nel 2015 dall'idea di due ragazzi pugliesi) oppure altre che ricordano terapie e prescrizioni. Alcune applicazioni sono invece strumenti di "telemedicina" che consentono ai medici di compiere visite a distanza, aumentando l'accessibilità alle cure per molti pazienti. O alternative, ad esempio, è un'app americana che permette di fare un esame della vista in 10 minuti a un costo di 35 dollari.

La disponibilità di dati sanitari su dispositivi elettronici nasconde però il problema della loro sicurezza. Uno degli obiettivi del ransomware Wannacry (un virus che "prende in ostaggio" dati e documenti e chiede un riscatto in valute virtuali per sbloccarli), che lo scorso anno ha infettato 100mila sistemi in 105 Paesi, è stata la rete degli ospedali inglesi: il virus ha reso infatti impossibile accedere alle cartelle cliniche dei pazienti. Dal maggio scorso comunque i livelli di sicurezza informatica degli istituti sanitari nel mondo è aumentata rendendo il settore molto più affidabile. La gestione dei big data è senza dubbio una delle sfide più importanti di domani. E ora può addirittura essere questione di vita o di morte.

Francesco Malfetano

LE INFORMAZIONI DI DIVERSI DISPOSITIVI COME LE BILANCE E I BRACCIALETTI CONFLUISCONO IN UNA "BANCA"



L'ipertrofia **prostatica** si può ritardare

Cominciare prima degli «anta» con esercizio fisico e controllo di pressione, glicemia e colesterolo può ridurre e rimandare i tipici disturbi legati all'età

L'esordio

Prima dei 50 anni il 10 per cento degli uomini ha già segni di ipertrofia prostatica

La progressione

Dopo i 70 anni il problema riguarda fino all'80 per cento dei maschi

La prostata ingrossata? Una questione «da anziani»: prima dei 65-70 anni non c'è da preoccuparsi. È una granitica convinzione della maggioranza degli uomini, peccato sia un errore grossolano: i sintomi di ipertrofia prostatica benigna possono iniziare a dar fastidio parecchio prima in una quota non irrisoria di maschi, stando ai dati raccolti dalla Società Italiana di Urologia (Siu) in occasione della campagna di visite gratuite «Controllati» della scorsa estate.

Dall'analisi di oltre 2.400 schede raccolte in 60 centri è emerso che, sotto i 50 anni, un uomo su 10 ha già un'ipertrofia prostatica benigna e fra i 50 e i 60 anni la prevalenza cresce al 35 per cento: è vero che dopo i 70-80 il problema riguarda fino all'80 per cento dei maschi, ma non si può certo dire che prima sia una rarità. Come spiega l'autore della ricerca Fabio Parazzini, del Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità dell'Università di Milano - Ircs Policlinico: «Colpisce la frequenza dei sintomi urinari negli uomini con meno di 40 anni: 1 su 3 ne ha già. Prima dei 30 si tratta soprattutto di bruciori urinari (che può essere anche un segno di "semplici" infezioni, ndr), ma nel

decennio successivo sale mano mano la percentuale di chi va in bagno troppo spesso, anche di notte, o non riesce a svuotare completamente la propria vescica». Tutti segni tipici, questi, dell'ipertrofia prostatica in cui la ghiandola, forse a causa di variazioni dell'assetto ormonale intervenuti con l'età, si ingrossa e preme sull'uretra, il canale che collega la vescica con l'esterno, impedendo un deflusso normale dell'urina. Da qui le difficoltà in bagno, che nella decade dopo gli «anta» aumentano ancora: il 43 per cento dei 40-50enni ha almeno un disturbo urinario e anche se non tutti hanno una vera e propria ipertrofia prostatica, parecchi ci si stanno avviando.

Non è però una condanna, perché l'indagine mette a fuoco anche i fattori di rischio associati allo sviluppo della malattia e si tratta di parametri che con un po' di buona volontà potremmo tenere sotto controllo: avere la pressione alta, per esempio, aumenta la probabilità di ipertrofia del 50 per cento, soffrire di diabete o fumare più di 10 sigarette al giorno del 57 per cento, colesterolo e trigliceridi alti fino al 37 per cento. La sindrome metabolica, in cui questi elementi sono anche solo di po-

co oltre la soglia e c'è pure qualche chilo di troppo, raddoppia il rischio.

«La correlazione è molto forte sotto i 50 anni — aggiunge Vincenzo Mirone, consigliere Siu —. Nei più giovani la presenza di più di un fattore di rischio fra quelli individuati è associata a un maggior incremento del pericolo: negli under 50 per esempio la pressione alta aumenta il rischio di ipertrofia non del 50 per cento, ma di ben 2 volte e mezzo. È indispensabile quindi iniziare a pensare alla salute della prostata fin da prima degli «anta»: modificare lo stile di vita da giovani significa tenere sotto controllo pressione, glicemia, lipidi nel sangue e anche la prostata».

Niente ricette strane per il benessere, la prima regola è muoversi di più: una regolare attività fisica, soprattutto se moderata o intensa, riduce del 10 per cento la probabilità di ammalarsi. Di nuovo, negli uomini più giovani tutto è amplificato: i fattori di rischio sono più «pesanti», ma l'effetto protettivo dello sport praticato con costanza è più incisivo, perché riduce fino al 40 per cento il rischio di problemi alla prostata aiutando a mantenerla sana più a lungo.

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Prevenzione

La stessa strategia serve pure alla salute sessuale

Un uomo su tre ha la pressione alta, uno su quattro il colesterolo oltre i limiti, il 7 per cento convive con il diabete: gli italiani non hanno un profilo cardiometabolico invidiabile. E se fin da giovani i valori sballano, la prostata ne soffre. «I meccanismi biologici attraverso cui ipertensione, glicemia e colesterolo alto portano all'ipertrofia non sono del tutto noti, è possibile che l'eccesso di lipidi in circolo porti a un incremento di fattori che favoriscono

l'infiammazione — osserva Vincenzo Mirone—. Qualunque sia il processo coinvolto, il risultato è evidente e indica che è fondamentale modificare lo stile di vita prima degli "anta" perché le abitudini sane hanno un impatto positivo anche sulla salute sessuale». Oltre allo sport, servono una dieta equilibrata ricca di frutta e verdura e bere almeno due litri di acqua al giorno che, oltre a ridurre il rischio di infezioni urinarie, evita l'irregolarità della funzione intestinale che può influire sulla prostata.



Terapia genica in nuovi orizzonti

Prima si poteva usare solo per «aggiungere» un gene sano per fare il lavoro di uno difettoso o mancante. Ora si può anche correggere, in laboratorio e pure direttamente nell'uomo, una sequenza di Dna difettosa. Le prospettive sono notevoli ma non mancano i timori e i dubbi etici

Negli Stati Uniti i bio-hacker testano su se stessi la manipolazione genetica. Una fuga in avanti pericolosa che rischia di mettere in ombra i progressi scientifici ottenuti sul campo: dalle tecniche classiche di correzione fino alle più recenti e promettenti metodiche applicate «in vitro» e «in vivo»

Taglia&cuci del Dna Purché nelle mani giuste



Il caso
Un americano di 36 anni, Josiah Zayner, in diretta su internet si è iniettato una terapia genica «fai da te» per avere muscoli più potenti



Le «dita di zinco»
Zinc finger è la procedura più vecchia per l'editing e può identificare con precisione il gene responsabile di una malattia ed eliminarlo

J

osiah Zayner è un bio-hacker di se stesso: sta cercando di manipolare il suo Dna per avere muscoli più potenti.

È il primo ad aver utilizzato la nuovissima tecnica di «taglia e cuci» del genoma, in sigla *Crispr-Cas9*, per modificare i suoi geni: l'ottobre scorso, in diretta su Internet, si è iniettato nel braccio destro

quella che oggi si chiama *DIY (do-it-yourself) therapy*: una terapia fai-da-te.

Manie di protagonismo? Scienza d'avanguardia? Interessi commerciali?

Lui, americano di 36 anni, specializzato in biologia molecolare e biofisica (ha lavorato alla Nasa per portare la vita su Marte) dice di voler creare un mondo in cui tutti possono sperimentare queste nuove tecniche. Nel frattempo Zayner ha anche fondato un'azienda, produttrice di kit che permettono di manipolare geni, al momento di microbi e lieviti, per renderli fluorescenti (si veda box sopra).

Ma le prospettive sono infinite: secondo Zayner, in futuro, si potrebbero manipolare i fiori del proprio giardino, per esempio, produrre uno

yogurt con particolari microrganismi, oppure per fare il pane o la birra. E infine, perché no, anche per modificare le caratteristiche del proprio organismo (vediamo se lui ci riesce, ma al momento non sembra crederci troppo).

«Attenzione agli show. Queste fughe in avanti sugli ipotetici utilizzi di queste tecniche rischiano di essere dannose per la ricerca — sottolinea Carlo Alberto Redi,

genetista a Pavia e Accademico dei Lincei —. Perché creano disorientamento nell'opinione pubblica e spaventano i decisori politici».

Non a caso un recente commento sulla rivista *Nature* ricorda come nella regione tedesca della Baviera, memore degli esperimenti nazisti, le tecniche DfY sono bandite, e questo preoccupa perché potrebbe rendere la Germania meno attrattiva per chi vuole fare ricerca in questo settore e per gli investitori che vedono nella biologia un business.

La ricerca, invece, deve continuare e, in tutto il mondo, ci sono scienziati seri che lavorano e credono nell'*editing* del Dna, con un obiettivo principale: quello di curare le malattie nell'uomo (anche se queste tecnologie possono essere sfruttate in altri settori come l'agricoltura o l'allevamento).

«Editing del Dna significa modificare parti del nostro patrimonio genetico con grande precisione (è questa la parola d'ordine, ndr) — spiega Luigi Naldini Direttore dell'Istituto Telethon per la Terapia genica (Tiget) al San Raffaele di Milano e docente all'Università Vita e Salute —. Significa poter fare due cose: una è trovare e distruggere un gene di malattia e basta, (e questo non è possibile con la terapia genica classica, che permette soltanto l'"aggiunta" di geni), l'altra è quella di identificarlo e sostituirlo con la copia sana».

Ma come si fa l'*editing*? Ci sono tre tecniche (la terza è spiegata nel box a sinistra).

La più «vecchia» si chiama *zinc finger* (dita di zinco): queste dita, fatte di materiale genetico, sono capaci di identificare con precisione, nel patrimonio genetico di un individuo, la sequenza di Dna, cioè il gene, responsabile di malattia e di «tagliarlo».

«La tecnica — spiega Naldini — è stata utilizzata con successo in pazienti con infezione da virus dell'Aids. Nei linfociti (cellule del sistema immunitario, ndr) di queste persone è stato possibile eliminare il gene del recettore che permette al virus Hiv di

infettare le cellule umane».

In questo caso la metodica è stata applicata in laboratorio (si dice *ex vivo*) su cellule (i linfociti) prelevate dal paziente e poi iniettate di nuovo nel paziente stesso.

Ma lo *zinc finger* può essere utilizzato anche *in vivo*, direttamente sul malato. È quello che è successo a Brian Madeux, un uomo di 44 anni affetto da sindrome di Hunter. Questa è una malattia genetica rara, chiamata anche *mucopolisaccaridosi di tipo 6*, che comporta un accumulo di prodotti tossici nella cellule con conseguenti danni a diversi organi. I medici dell'Ucsf Benioff Children's Hospital di Oakland (California) hanno iniettato a Madeux un complesso contenente sia le dita di zinco sia il gene da sostituire. Ora si attendono i risultati a distanza di tempo.

«L'*editing* è indispensabile per certe malattie dove non si può aggiungere un gene sano a quello malato come accade con la terapia genica, ma occorre proprio inserire il gene sano in una posizione ben precisa nel Dna in modo che si esprima fisiologicamente — commenta Naldini —. È il caso di due immunodeficienze, malattie rare nelle quali il sistema di difesa immunitario è alterato: si tratta dell'immunodeficienza legata al cromosoma X e dell'immunodeficienza da *iperIgM* (le IgM sono un particolare tipo di anticorpi, ndr)».

Poi c'è la metodica di *editing* più recente, venuta alla ribalta nel 2012, il *Crispr-Cas9*, appunto.

In questo caso la «guida» per arrivare al gene non è uno *zinc finger*, ma un Rna, materiale nucleico che riconosce il gene, mentre l'enzima che poi lo taglia è il *Cas9*.

È una tecnica facile, poco costosa, ma ancora imprecisa. Ecco perché sono in corso numerosi esperimenti per valutarne le potenzialità, come ci informano i lavori pubblicati l'anno scorso sulle più importanti riviste scientifiche.

Ricerche che sono state condotte soprattutto su embrioni in laboratorio (non in

vivo come ha fatto Josiah Zayner), con l'idea di verificare se questa tecnica non solo può permettere di curare malattie genetiche di cui l'embrione è portatore, ma anche di impedire che vengano trasmesse alle generazioni successive.

Ecco allora che, nell'agosto scorso, la rivista *Nature* ha dato conto di un esperimento, condotto negli Usa con il metodo *Crispr-Cas9*, su embrioni umani per curare una malattia genetica del cuore: la cardiomiopatia ipertrofica, che provoca scompenso di cuore ed è determinata dall'alterazione di un singolo gene. Risultato: tutte le cellule dell'embrione trattate sono «guarite», cioè non presentavano più il gene di malattia.

E in ottobre un'equipe cinese, sempre con *Crispr-Cas9* sugli embrioni, è riuscita a correggere mutazioni puntiformi del Dna (che interessano cioè una singola base, una singola lettera del Dna) che provocano una malattia recessiva, la beta-talassemia (che provoca una grave anemia): si chiama *chemical surgery*.

Fin qui si tratta di esperimenti di laboratorio su embrioni che, comunque, non potevano essere impiantati e dare origine a una nuova vita.

Poi ci sono anche studi su animali. Nel dicembre scorso ricercatori americani dell'Università di Durham hanno sperimentato una nuova modalità di somministrazione della tecnica sul topo «Beethoven»: un topo sordo per il difetto di un gene (il *Tmc1*) che colpisce anche l'uomo. Gli scienziati hanno inglobato il complesso *Crispr-Cas9* in sfere lipidiche che hanno iniettato direttamente nell'orecchio interno dell'animale, riducendone il grado di sordità. E per quest'anno si prevede di cominciare a utilizzare la metodica sull'uomo per combattere il papillomavirus, responsabile di tumori come quello alla cervice uterina, e di somministrarla con un gel topico.

Adriana Bazzi
© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Talens»

Si chiama Talens ed è una tecnica di editing del Dna che non prevede la manipolazione delle cellule del paziente in laboratorio, ma usa quelle di un donatore, e si basa, per individuare il gene da correggere, sulla tecnica *zinc finger*. È stata sperimentata per la prima volta in Gran Bretagna nel 2015 su Layla, una bambina di un anno affetta da una leucemia linfoblastica acuta

Il metodo **Crispr-Cas9** è stato sperimentato in laboratorio su **embrioni umani** che, comunque, non potevano essere impiantati e dare origine a una nuova vita. Però sono partiti anche **studi su animali** e quest'anno sull'uomo

Lo studio

Ci sono anticorpi che sabotano le forbici molecolari

Ci potrebbero essere sabotatori della tecnica di editing con il metodo Crispr-Cas9, fabbricati dall'organismo umano stesso. Il problema sta nel Cas9, come ha appena dimostrato una ricerca americana condotta alla Stanford University in California (in pre-pubblicazione sul sito bioRxiv e non ancora valutata dai revisori). Il Cas9 è un enzima che viene prodotto da batteri (infatti la scoperta della tecnica si è basata proprio sull'osservazione di come si

comportano alcuni batteri dello yogurt) e, nel caso dell'editing, serve per tagliare il Dna in punti precisi. Adesso, però, i ricercatori hanno evidenziato, nel sangue di una quarantina di persone, anticorpi contro questo enzima prodotti da batteri come lo *Staphylococcus aureus* e lo *Streptococcus pyogenes* che vivono normalmente nell'organismo umano. Questi anticorpi potrebbero neutralizzare il Cas9 nel Crispr-Cas9.

A.Bz.

Sono **due** le vie attraverso le quali si può modificare il Dna umano

EDITING

È un metodo di riscrittura del Dna che permette di intercettare con precisione il gene malato e di distruggerlo oppure di sostituirlo con il gene sano attraverso tre tecniche

- **Crispr-Cas9:** è la più nuova; usa l'Rna per identificare i geni
- **Zinc finger:** usa, appunto, «dita di zinco», fatte di materiale genetico, per individuare i geni
- **Talens:** utilizza la tecnica zinc finger, ma su cellule di donatore e non su quelle del paziente

Il sistema Crispr-Cas9 è una specie di bisturi universale, capace di tagliare il Dna delle cellule, umane e non, in punti precisi

L'obiettivo è quello di eliminare geni difettosi (il gene è un frammento di Dna) oppure di tagliarli e sostituirli con geni sani

Il CRISPR è un frammento di Rna che funziona da guida: viene costruito apposta in modo che sia complementare al pezzo di Dna che si vuole andare a colpire. Aggiungiamo al CRISPR c'è un enzima, chiamato Cas9: è lui che taglia il Dna

La rottura del Dna provoca, in genere, mutazioni che inattivano il gene, ma, se si devono curare malattie genetiche, è anche possibile introdurre nuove sequenze



TERAPIA GENICA CLASSICA

Permette l'aggiunta, al patrimonio genetico dell'individuo, di geni sani che si posizionano dove capita



Fonte: European Society of Gene and Cell Therapy, Akglobe

Comunicazione Sera / Milano Taglierenti

Sanità. Il Ministero accende i riflettori sull'area torrese e boschese

Asl, 8mila ticket illeciti

False autocerificazioni sul reddito per avere l'esenzione
Migliaia di pazienti risarciranno da 500 a 2mila euro

Dichiarazioni dei redditi false per ottenere le esenzioni del ticket sanitario. Sono 8mila le persone che dovranno rimborsare l'Asl Napoli 3, con cifre che variano dai 500 ai 2mila euro. Una vera e propria mazzata per i furbetti che hanno usufruito di agevolazioni previste per le persone economicamente svantaggiate, che usufruiscono di prestazioni sanitarie. Sono tanti quelli che negli ultimi giorni si sono presentati agli uffici

dell'Asl, con l'obiettivo di ottenere il rinnovo dell'esenzione. Ad attenderli, però, una sorpresa piuttosto amara: perché il personale dell'azienda sanitaria locale gli ha sottoposto un bollettino da pagare, per le quote ticket non versate dal 2011 al 2015. Una questione che - stando alla segnalazione del Ministero dell'Economia - riguarda circa 8mila persone tra Castellammare, Gragnano, Torre Annunziata, Torre del Greco.

F Dispositivi hi-tech | Farmaci | Tecniche

Le soluzioni per hackerare il sonno

Sono numerosi i tentativi di ottimizzare il sonno, ridurne il bisogno o addirittura eliminarlo. Dagli elettrodi alle app di **Roberto Manzocco**

◆ In futuro la tecnologia potrebbe ridurre di molto l'umano bisogno di dormire – per chi se lo potrà permettere – creando un fosato inaudito: per la prima volta infatti l'esperienza biologica, cioè il modo di vita, dei ricchi potrebbe essere radicalmente diverso da quello dei poveri.

Secondo Marcelo Rinesi, del think tank Usa Institute for Ethics and Emerging Technologies, entro i prossimi vent'anni i militari potrebbero riuscire a ridurre il nostro bisogno di dormire, fino a scendere a due sole ore al giorno. Fantascienza? Può darsi. Fatto sta che il Darpa (Defense Advanced Research Programs Agency, l'agenzia federale Usa per la ricerca militare) lavora già da anni a questo obiettivo. Per non parlare del fatto che, tra università quotate e gruppi di self-hacker, i tentativi di hackerare il sonno, riducendone il bisogno, non mancano di certo.

Gli attuali approcci si possono ridurre a tre categorie: dispositivi high-tech, farmaci e tecniche – ossia procedure per organizzare il sonno. Per la prima categoria, citiamo innanzitutto Matthew Walker, del Sleep and Neuroimaging Lab di Berkeley, che sta cercando di influenzare il ciclo sonno-veglia utilizzando la tDcs (transcranial Direct-current stimulation), in pratica una lieve corrente elettrica somministrata attraverso appositi elettrodi, allo scopo di rendere l'assopimento più rapido, ottimizzandolo. Immaginate ad esempio di poter utilizzare un apparecchio simile per rendere il vostro pisolino pomeridiano ancora più efficiente ed energizzante. Ci sono anche dispositivi già acquistabili, come il Fisher Wallace Stimulator, un dispositivo prodotto dai newyorkesi Fisher Wallace Laboratories

che utilizza la corrente elettrica per influenzare la produzione di neurotrasmettitori come la serotonina e la dopamina, o composti come il cortisolo, e di conseguenza l'umore, il sonno e il livello di stress. Lo strumento, autorizzato dall'Fda, è già utilizzato in diversi ospedali newyorkesi.

Giovanni Santostasi, neuroscienziato della Northwestern University Feinberg School of Medicine, ha sviluppato un dispositivo che si basa sul "rinforzo" del sonno tramite appositi suoni somministrati in momenti specifici del ciclo del sonno, e che in futuro potrebbe consentirci di dormire di meno. Ci troviamo comunque in un territorio inesplorato: sia Santostasi che alla Fisher Wallace ammettono di non sapere di preciso come i loro apparecchi interagiscano con il cervello; sanno solo che sembrano funzionare. La Fisher Wallace utilizza l'elettricità, Santostasi i suoni, mentre il Darpa punta sulla manipolazione termica. In questo caso il dispositivo si chiama Somneo Sleep Trainer, e consiste in una maschera high-tech che incoraggia il sonno tramite il calore – in particolare attorno agli occhi – e favorisce il risveglio attraverso la medesima, fangiata luce blu che disturba il nostro sonno attraverso cellulari e laptop. L'idea è quella di consentire ai soldati di addormentarsi e risvegliarsi rapidamente. E poi, ovviamente, ci sono i farmaci, comunemente utilizzati da studenti e professionisti per influenzare – leggi ridurre – il sonno; ad esempio l'Adderall – un'amfetamina – e il Modafinil, un farmaco per la narcolessia. Ovviamente il Darpa ha deciso già da tempo di finanziare la ricerca di composti che possano hackerare il sonno sul serio, riducendone il bisogno e mantenendo la funzionalità cognitiva anche per lunghi periodi di tempo. È dal 2007 che l'agenzia sta testando un composto chiamato Orexin-A, che dovrebbe curare la narcolessia e sì, anche ridurre temporaneamente il bisogno di dormire. E infine ci sono le procedure, ossia le tecniche di dubbia efficacia che alcuni self-hacker raccomandano, come il cosiddetto sonno polifasico, il tentativo cioè di

stabilire una routine del sonno diversa dalla classica di 8 ore filate di sonno.

Citiamopoi il "effetto prima notte", noto a tutti i turisti, per cui la prima volta che ci si trova a dormire non nel proprio letto si tende a riposare male. Secondo Masako Tamaki, ricercatrice della Brown University, ciò dipende dal fatto che il nostro cervello, trovandosi in una situazione nuova, tende a mantenersi vigile. Le sue analisi hanno mostrato che, nel contesto in questione, l'emisfero sinistro è insolitamente più attivo. Si tratta di un fenomeno osservato con maggiore intensità tra i cetacei, mammiferi che, per evitare di sprofondare nell'oceano e affogare, hanno imparato a dormire con un solo emisfero alla volta. E ovviamente il Darpa ha già mostrato interesse per il "sonno monoemisferico": non dimentichiamo infatti del Psd (Preventing Sleep Deprivation), il suo progetto (da 20 milioni di dollari) che mira tra l'altro a studiare questa capacità di delfini e balene, nella speranza di trasferirla ai propri soldati, consentendo loro di rimanere svegli ed efficienti fino a sette giorni di fila.

E il futuro potrebbe riservarci addirittura la scomparsa totale dei letti, sostituiti da capsule high-tech a forma di bolla capaci di ottimizzare il sonno - controllando suoni, temperatura, parametri fisiologici -, riducendone il bisogno a sole 5 ore per notte. A sostenerlo è uno studioso della Duke University, David Samson. Secondo il ricercatore, tra tutti i primati, gli esseri umani sono quelli dotati del sonno più efficiente. Samson ha esaminato 21 specie di scimmie, notando che gli scimpanzé hanno bisogno di 11,5 ore di sonno per notte, mentre le lemuri dormono tra le 14 e le 17. Questo dipenderebbe dal fatto che gli esseri umani hanno creato un ambiente molto più sicuro (fuochi, mura), riuscendo a dormire meglio, e quindi di meno. E tra l'altro le suddette capsule esistono già, in aeroporti all'avanguardia e nelle sedi di alcune compagnie - come Google. E, per chi fosse interessato, la newyorkese Hammacher Schlemmer offre un modello di capsula per dormire, il Tranquillity Pod, al costo di 30 mila dollari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli effetti della tecnologia sul sonno

QUANTE ORE NELLE BRACCIA DI MORFEO?

Sono 5 le modalità per la gestione del riposo notturno



7-9
 ORE FILATE
 E SIESTA
 POMERIDIANA

CHI LO PROPONE

È il ritmo seguito dalla maggior parte delle persone

VANTAGGI

Il corpo ha la possibilità di "autoripararsi" e il cervello di ripulirsi dalle scorie

COSA DICE LA SCIENZA

Secondo molti esperti è questo il ritmo di sonno ideale



4 4
 ORE
 A TARDATA
 NOTTE ORE
 ALL'ALBA
 NOTTE

CHI LO PROPONE

È il ritmo di sonno in Europa prima dell'arrivo dell'illuminazione elettrica

VANTAGGI

Permette di sfruttare le lunghe ore di buio invernale

COSA DICE LA SCIENZA

Secondo molti esperti è questo il ritmo di sonno ideale



6-7
 ORE FILATE
 E SIESTA
 POMERIDIANA

CHI LO PROPONE

È adottato da molti popoli nei Paesi più caldi

VANTAGGI

Permette di non perdere energia nelle ore più calde

COSA DICE LA SCIENZA

Anche questo ritmo può funzionare per l'organismo



3 20
 ORE FILATE
 DI NOTTE MINUTI
 DI GIORNO
 PER TRE
 VOLTE

CHI LO PROPONE

È il metodo Everyman ideato dalla filosofa e "sperimentatrice" P. Doxyk

VANTAGGI

Allunga la giornata, si può imparare a tenere questo ritmo in 2-3 settimane

COSA DICE LA SCIENZA

Dopo 6 mesi cominciano i problemi di attenzione e resistenza fisica



20
 MINUTI
 OGNI 4 ORE

CHI LO PROPONE

Pureman, il più "estremo" dei metodi polifasici, ancora di Pure Doxyk

VANTAGGI

Adatto a chi per un breve periodo debba restare quasi sempre sveglio

COSA DICE LA SCIENZA

Si può tenere solo per periodi brevi, può provocare grossi sbalzi d'umore

LE CATTIVE TECNO-ABITUDINI

Le cause che determinano la mancanza di sonno secondo l'associazione americana non profit "National Sleep Foundation"

60%

le persone tra i 13 e i 64 anni che dichiarano di avere problemi a riposare la notte



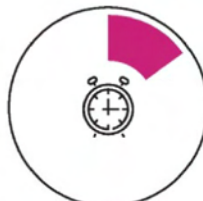
63%

le persone che affermano di non dormire abbastanza



15%

le persone tra i 19 e i 64 anni che dorme meno di 6 ore nei giorni lavorativi



95%

usa device elettronici nell'ora che precede il riposo notturno



95%

le persone tra i 18 e i 29 anni che dichiarano di dormire con il proprio smartphone accanto al letto



25%

non toglie la suoneria durante la notte



10%

si sveglia regolarmente per via di telefonate, messaggi o mail



50%

le persone che controllano subito il telefono se si svegliano durante la notte



LE APP DA SOGNO (LUCIDO)



10 steps per sogni lucidi - Android

Consente di raggiungere il pieno controllo dei sogni in appena dieci passi grazie a un vero e proprio addestramento



Risvegliato - Android

Completamente gratuita è un vero e proprio kit di attrezzi che include anche il Continuous Speech-to-Text (dalla voce al testo, in modo continuo)



Lucid Dreamer - iOS e Android

Dotata di funzioni uniche, tra cui un timer per il sonno polifasico e uno strumento per stimolare l'immaginazione



Lucidity App - Android

Supporta diverse funzionalità per registrare e analizzare i tuoi sogni, come la funzione sulle statistiche dei sogni, per analizzare i temi ricorrenti



Lucid Dream Ultimate - Android

Dotato di promemoria per il controllo della realtà, diario dei sogni, intrattenimento cerebrale e allarmi onirici



DreamZ - iOS

Usa sensori di movimento che rilevano i momenti in cui più probabilmente vi trovate nello stadio di sonno ottimale per recoprire supporti audio



SHADOW - iOS

Aiuta a registrare e a ricordare i sogni. Obiettivo principale: creare il database dei sogni più grande del mondo e analizzarli



Progetto DreamCatcher - iOS

L'obiettivo è semplificare la memorizzazione dei sogni. Basta raccontare ad alta voce il sogno e l'app la trascrive in testo

LA BUONA NOTTE HIGH-TECH

La guida alle tecnologie smart per il Consumer Electronic Show di Las Vegas

<p>Mala Sleep Smart Pillow</p> <p>Offre un'idea innovativa di come dormire. Il suo design è stato studiato per migliorare la qualità del sonno e ridurre il rumore. È un prodotto di alta tecnologia.</p>	<p>SleepPhone Smart Phone</p> <p>Un telefono intelligente che ti aiuta a dormire meglio. Ha una batteria a lunga durata e un display a colori.</p>	<p>Aromasol Smart Pillow</p> <p>Un cuscino intelligente che emette aromi naturali per migliorare la qualità del sonno.</p>	<p>Sanna Smart Pillow</p> <p>Un cuscino intelligente che ti aiuta a dormire meglio. Ha una batteria a lunga durata e un display a colori.</p>	<p>MagniSmartch Smart Mattress</p> <p>Un materasso intelligente che ti aiuta a dormire meglio. Ha una batteria a lunga durata e un display a colori.</p>	<p>Philips SmartSleep Smart Pillow</p> <p>Un cuscino intelligente che ti aiuta a dormire meglio. Ha una batteria a lunga durata e un display a colori.</p>	<p>SleepAct Smart Pillow</p> <p>Un cuscino intelligente che ti aiuta a dormire meglio. Ha una batteria a lunga durata e un display a colori.</p>	<p>Krya Sleep Smart Pillow</p> <p>Un cuscino intelligente che ti aiuta a dormire meglio. Ha una batteria a lunga durata e un display a colori.</p>

QUANTI ERRORI MEDICI

Una morte su tre dipende dalle cure sbagliate

I decessi causati da impreparazione, burocrazia e scarsi mezzi.

Eppure il 95% dei processi penali proscioglie i sanitari

Troppi errori medici

Quanti morti di cure sbagliate

*Un decesso su tre poteva essere evitato a causa di impreparazione, burocrazia e scarsi mezzi
Eppure il 95% dei processi penali a carico dei sanitari si conclude con un proscioglimento*

di **MELANIA RIZZOLI**

Se gli errori medici fossero una malattia occuperebbero il terzo posto nella classifica delle cause di morte dei paesi occidentali, dopo i tumori maligni e le malattie cardiovascolari, perché un terzo del totale dei decessi, ovvero il 33,3%, è considerata una mortalità prematura, e soprattutto una morte su tre si sarebbe potuta evitare.

Secondo un'analisi della *John Hopkins* pubblicata sul *British Medical Journal*, se al primo posto di questo nefasto elenco troviamo ancora la mortalità per cancro, e a seguire quella per le malattie

respiratorie, per incidenti, per suicidi, per lesioni da armi da fuoco, da taglio e così via, quello che colpisce è che, nonostante i progressi della medicina e delle sue tecniche diagnostiche, al terzo posto ci siano gli errori medici, i quali, solo negli Stati Uniti, causano più di 250 mila morti l'anno su un totale di 2,6 milioni di decessi, mentre in Europa sono oltre 1,2 milioni le morti stimate come evitabili. Le stime naturalmente cambiano sensibilmente tra gli Stati membri, e quelle ufficiali sulla malasanità del nostro Paese scarseggiano, ma anche se i dati di cui disponiamo sono poco accurati e probabilmente al ribasso, è evidente che l'Italia non faccia eccezione, almeno fino a prova contraria, se è stato calcolato e pubblicato, secondo Eurostat, che il 33% delle morti, cioè qua-

si 140 mila decessi, sono stati considerati prematuri. Cifre da brivido, considerando che il concetto di mortalità trattabile e prevenibile che illustra Eurostat si basa sull'idea che certe morti per malattie specifiche potevano essere evitate se ci fosse stato un sistema di salute pubblica più efficace, con interventi medici immediati e soprattutto esenti da negligenze operative e decisionali.

L'errore medico è definito dagli autori dello studio "un atto terapeutico non intenzionale (azione od omissione) che non raggiunga il risultato preposto, un errore di esecuzione o di pianificazione della terapia, o una deviazione dal programma di cura che possa causare o meno un danno al paziente", e lo stesso errore è considerato differente, e quindi distinto, dal rischio di complicanze o di effetti collaterali che si accompagnano inevitabilmente a qualsiasi procedura o terapia medica, poiché questi sono previsti e prevedibili, mentre l'errore umano non lo è quasi mai.

DI CHI È LA COLPA?

Nella maggioranza dei casi è molto difficile distinguere il singolo errore medico da una successione complessa di eventi che accompagna una malattia, tranne che ci si trovi di fronte a negligenze ovvie ed eclatanti come per esempio la

somministrazione di una terapia sbagliata, di una trasfusione di sangue con gruppo non compatibile, di una diagnosi clinica errata a fronte di chiari riscontri strumentali e radiologici, o di una evidente distrazione in sala operatoria, ma anche considerando che l'errore umano è inevitabile, e che ogni attività medica prevede un suo rischio, più del 50% delle morti per non idonea procedura sono potenzialmente evitabili.

Fermo restando che in Italia, dati alla mano, abbiamo un sistema sanitario in gran parte eccellente ed efficiente, che garantisce un adeguato accesso pubblico, e che copre migliaia e migliaia di patologie mediche e chirurgiche di ogni tipo, garantendone le cure, l'errore umano in un percorso terapeutico sia clinico che chirurgico è spesso in agguato, e tra chi commette la negligenza e chi la subisce, è sempre il secondo a rimetterci, a volte purtroppo con la vita.

Spesso però l'errore umano non accade solo per colpa di

una singola persona, ma per il fallimento di un intero processo che non ha messo in campo adeguati strumenti per evitare che l'errore accadesse, per cui a volte risulta inutile individuare la colpa personale o inconcludente trovare il capro espiatorio, perché bisognerebbe cambiare la cultura della sicurezza, ovvero conciliare i due aspetti principali dell'errore, quello dell'ineluttabilità e quello della prevenzione, per comprendere meglio perché sia accaduto e come evitare che si ripeta. Per esempio, in America per somministrare una terapia ad un paziente ospedalizzato è necessaria una doppia identificazione con un collega medico, o l'utilizzo di un sistema elettronico che si basa su un codice a barre, che rende più difficile confondere un farmaco con un altro, o peggio somministrarlo al malato sbagliato causandone la morte.

IL CONFRONTO

Una tradizione degli ospedali anglosassoni, che si sta diffondendo in altri paesi, è quella dell'M&M, ovvero del Morbidity and Mortality meeting, dove si discute delle complicità e dei decessi avvenuti nel proprio dipartimento, per analizzare con tranquillità e trasparenza le cause e capire cosa non abbia funzionato. A volte si conclude che non si sarebbe potuto fare altrimenti, ma altre volte si decide di cambiare procedura, anche aumentando il training dello staff medico e paramedico, con un consulto multidisciplinare di specialisti e coinvolgendo anche il management ospedaliero per migliorare le prestazioni e le cure of-

ferte all'utenza. Queste procedure insegnano che nessuno è esente dal rischio di sbagliare, ma che siamo tutti responsabili del miglioramento continuo del nostro operato, soprattutto se questo è applicato nella cura di pazienti fragili e indifesi che si affidano nelle nostre mani con fiducia e con la speranza di essere curati e possibilmente guarirli, e soprattutto senza la prospettiva di morire. Oggi nel nostro sistema sanitario impera la medicina difensiva, ovvero la propensione dei medici a moltiplicare gli accertamenti, gli esami diagnostici, strumentali e i trattamenti terapeutici, non tanto per la salute del paziente, ma per cautelarsi contro cause legali per i loro eventuali errori, prescrivendo analisi e controlli "non necessari", a volte dannosi per il malato, che causano il superamento del 10% della spesa sanitaria complessiva, con un costo esorbitante di circa 13 miliardi di euro, una mole di denaro che dovrebbe invece essere investita nella prevenzione sia delle patologie che delle negligenze mediche.

Eppure l'Italia è tra gli Stati membri con i più bassi tassi di mortalità evitabile nel 2015 insieme a Cipro, Spagna, Francia e Malta, mentre le nazioni con i più alti livelli di morti potenzialmente prevedibili sono la Lituania, la Lettonia, l'Ungheria e la Romania, ed in tutta Europa la mortalità prevenibile ha tassi più alti per gli uomini di quelli per le donne, e le sei principali cause di morte riguardano le malattie ischemiche cardiache, le malattie cerebrovascolari, il cancro colonrettale, il cancro del seno, le malattie ipertensive e le polmo-

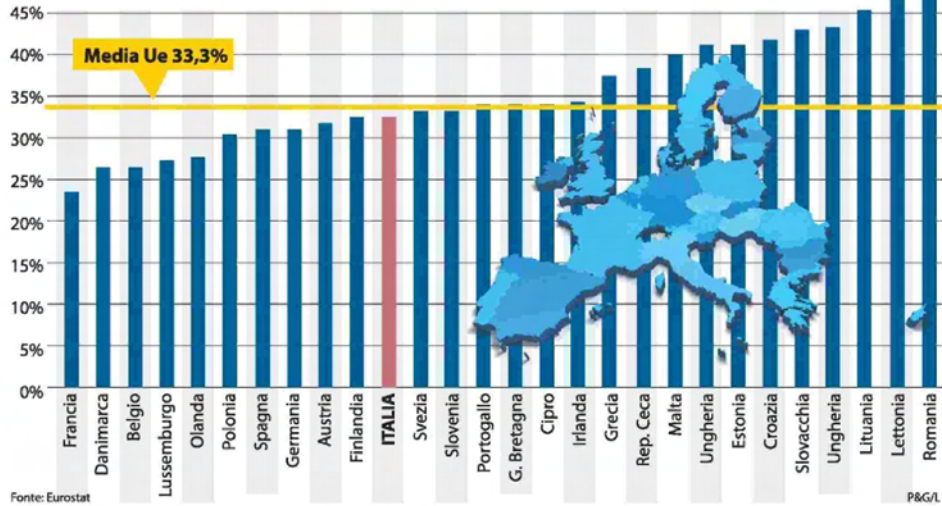
ni. In Italia si sono state registrate oltre 40mila le denunce all'anno per danni subiti in strutture ospedaliere, il 78% relative a lesioni personali e l'8% a decessi. Le denunce provengono per il 44,5% dal Sud, il 32,2% dal Nord e dal Centro il 23,2%.

DENUNCE AI DOTTORI

Dopo i nosocomi, i più convenuti a giudizio risultano i medici ortopedici, i traumatologi, quelli del pronto soccorso, i chirurghi, gli ostetrici e ginecologi, ed infine i medici di medicina generale. Da un'indagine condotta dalla commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, risulta che il 95% dei procedimenti penali per lesioni personali colpose a carico dei sanitari si conclude con un proscioglimento, mentre in sede civile le richieste di risarcimento vengono accolte nel 34% dei casi. Il 72% dei medici ritiene che le norme che disciplinano la responsabilità professionale si ripercuotono negativamente sulla qualità delle cure e circa l'83% ritiene che esse influenzano negativamente il rapporto con il paziente. L'obiettivo dunque sarebbe quello di poter lavorare con responsabilità e serenità per evitare ed eliminare gli errori, piuttosto che nella paura di commetterne uno, o meglio essere messi nelle condizioni di riconoscerli tempestivamente in modo da poter rimediare per tempo, di affrontarli e soprattutto di farne memoria. Perché non accadano mai più, e non causino mai più migliaia di morti e decessi inutili, prevenibili ed evitabili.

IL CONFRONTO IN EUROPA

La percentuale delle morti evitabili alla luce delle attuali conoscenze e delle nuove tecnologie negli Stati membri dell'UE



27/1/2018

Responsabilità professionale. I decreti attuativi in materia assicurativa: punto di snodo per la sostenibilità del sistema

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 26 GENNAIO 2018

Responsabilità professionale. I decreti attuativi in materia assicurativa: punto di snodo per la sostenibilità del sistema

Dopo i primi due decreti attuativi della legge sulla responsabilità professionale sanitaria, relativi alla istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità ([decreto ministeriale 29 settembre 2017](#)) e all'istituzione e regolamentazione dell'elenco che individua gli enti e istituzioni pubbliche e private nonché le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie che devono elaborare le linee guida ([decreto ministeriale 2 agosto 2017](#)), il mondo sanitario è in attesa dei decreti in materia assicurativa, di cui agli artt. 10 e 14 della legge 24/2017

Una delle più rilevanti novità della legge Gelli è rappresentata dall'obbligo assicurativo a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, al quale, tuttavia, non corrisponde alcun obbligo a contrarre a carico delle imprese assicurative. La obbligatoria copertura assicurativa per la responsabilità civile della struttura verso terzi (nonché verso i propri prestatori d'opera) è estesa anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

Detto obbligo di copertura assicurativa della struttura può essere surrogato dall'adozione, da parte della stessa struttura, di "altre analoghe misure", ferma restando l'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa. L'obbligo assicurativo (o la copertura attraverso le analoghe misure) concerne anche la responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie che vengano chiamati "in proprio", a titolo di responsabilità extracontrattuale (e, quindi, anche per colpa lieve), ferma restando, parimenti, l'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa.

Proprio al fine di garantire efficacia a tali azioni, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave. Le strutture sanitarie devono rendere nota, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa della responsabilità civile verso i terzi e verso i prestatori d'opera, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura dei rischi patrimoniali da responsabilità *med-mal*.

In tale complesso ambito, concernente la copertura rischi tramite assicurazione o altre analoghe misure, è prevista, come sopra accennato, l'emanazione di quattro decreti:

a) **Decreto del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze**, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano - sentiti l'IVASS, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), le Associazioni nazionali rappresentative delle strutture private che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei cittadini e dei pazienti - con il quale devono essere determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziate. Il medesimo decreto stabilisce i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre

27/1/2018

Responsabilità professionale. I decreti attuativi in materia assicurativa: punto di snodo per la sostenibilità del sistema

analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio; disciplina, altresì, le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati che, per disposizione del tutto innovativa della legge 24/2017, è impignorabile (art. 10, comma 6).

b) Decreto del Ministro dello sviluppo economico da emanare, di concerto con il Ministro della salute e sentito l'IVASS, con il quale sono individuati i dati relativi alle polizze di assicurazione stipulate e alle altre *analoghe misure* e sono stabiliti, altresì, le modalità e i termini per la comunicazione di tali dati da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e degli esercenti le professioni sanitarie all'Osservatorio. Il medesimo decreto stabilisce le modalità e i termini per l'accesso a tali dati (art. 10, comma 7).

c) Decreto del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute, che definisca i criteri e le modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'IVASS sulle imprese di assicurazione che intendano stipulare polizze con le strutture sanitarie e con gli esercenti la professione sanitaria (art. 10, comma 4).

d) Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro dell'economia e delle finanze sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e le rappresentanze delle imprese di assicurazione, con il quale - in riferimento al Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria istituito con la legge 24/2017 - sono definiti: 1) la misura del contributo dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria; 2) le modalità di versamento del suddetto contributo; 3) i principi cui dovrà uniformarsi la convenzione tra il Ministero della salute e la CONSAP Spa; 4) le modalità di intervento, il funzionamento e il regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro (art. 14 comma 2).

Non v'è dubbio che il più importante, strategico ed atteso dei quattro emanandi decreti sia il primo, quello volto alla definizione dei requisiti minimi delle polizze e dei requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre *analoghe misure*. Questo decreto è assolutamente imprescindibile ed urgente, sia per tentare di regolamentare un mercato, quello assicurativo del *med-mal*, che ha visto negli ultimi anni la defezione dei principali operatori, sia per regolamentare le c.d. *misure analoghe*, in caso di assenza o di parziale copertura da parte della impresa di assicurazione.

La tempestiva regolamentazione di detti profili appare, quindi, di fondamentale importanza proprio al fine di dare effettività e concretezza alle più rilevanti novità introdotte dalla legge 24/2017, alla luce di un panorama nazionale che, da un lato, è coperto dalle assicurazioni a macchia di leopardo - senza contare le alte quote di franchigie e SIR in presenza di coperture assicurative - e, dall'altro, vive in uno stato di "incertezza" finanziaria, anche con riguardo alla posizione degli stessi medici strutturati nei casi di opzione aziendale per l'*analogha misura* della "autoritenzione" che, allo stato, è sostanzialmente priva di specifiche regole e garanzie di bilancio.

Si ricorda che, sotto questo profilo, in gioco vi è sia l'effettività di tutela del danneggiato che la sostenibilità dei bilanci, che devono poter quantificare con relativa certezza l'entità del rischio. Con riferimento alle strutture pubbliche, in particolare, si aggiunge il pregiudizio per il Fondo del SSN, istituzionalmente destinato al finanziamento delle cure, al quale, comunque, si attinge, sia per i premi assicurativi che per le misure di autoritenzione che, qualora mal gestite, costituiscono inevitabilmente fonte di spesa incontrollata.

Senza contare, poi, come accennato, che non è indifferente, ai fini della "serenità" dei professionisti, sotto il profilo della rivalsa, la circostanza che la struttura sia assicurata ovvero ricorra ad *analoghe misure*, al di là della garanzia del tetto massimo del "triplo della retribuzione", quale limite della stessa rivalsa, innovativamente previsto dall'articolo 9 della legge 24/2017.

Quindi, il punto di equilibrio va trovato sia per garantire la necessaria "sostenibilità" ai legittimi interessi d'impresa del mondo assicurativo - che solo a fronte di una regolamentazione equilibrata dei suddetti profili sarà in grado di offrire adeguate polizze a fronte di premi accessibili - sia per consentire una ragionevole

27/1/2018

Responsabilità professionale. I decreti attuativi in materia assicurativa: punto di snodo per la sostenibilità del sistema

“alternativa” a quelle strutture che, optando per l’autoritenzione, sono chiamate a costituire un fondo rischi e un fondo di messa a riserva sinistri secondo criteri che, certamente, non possono essere omologhi a quelli strettamente attuariali, propri di un soggetto imprenditore, quale è la compagnia assicurativa, in grado di distribuire i rischi con economie di scala.

Peraltro, l’impatto del fondo rischi e del fondo di messa a riserva sul bilancio delle strutture non sarà certamente “irrilevante”, poiché, considerato l’attuale stallo del mercato assicurativo, l’ipotesi più probabile per la maggioranza delle strutture stesse sarà, verosimilmente, almeno in prima battuta, la scelta per un sistema di autoritenzione totale o parziale a soluzione “mista”, con copertura assicurativa per i sinistri di maggiore entità e franchigie/SIR al di fuori della soglia assicurata.

Sarà, pertanto, fondamentale, in questo complesso quadro, la corretta e sostenibile costituzione di questi due fondi agganciata ad una nozione di sinistro effettivo e non solo ipotetico, con impignorabilità e indisponibilità prevista esclusivamente per il fondo di messa a riserva delle somme correlate a pronunce giurisdizionali di condanna al risarcimento ovvero di raggiunta transazione.

Diversamente argomentando, si distarrebbero dalla possibilità di utilizzo somme ingenti iscritte solo cautelativamente in bilancio, necessarie, viceversa, al finanziamento delle cure. Peraltro, l’impignorabilità e la indisponibilità di tali somme oggetto dei due fondi - che comunque costituisce una eccezione al principio della *par condicio creditorum* - deve essere determinata, per non incorrere in eventuali profili di incostituzionalità, tenendo nel debito conto il corretto bilanciamento di interessi che, nel caso di specie, sono rappresentati dalla tutela del danneggiato, dagli interessi degli altri creditori della struttura, ma, soprattutto, dall’interesse all’adeguata e tempestiva disponibilità finanziaria destinata alle prioritarie funzioni istituzionali di diagnosi e cura afferenti il SSN.

Tiziana Frittelli
Presidente Federsanità

27/1/2018

Reti tempo-dipendenti, più certezze per il paziente | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

**Sanità24****25** gen
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

Reti tempo-dipendenti, più certezze per il paziente

di Barbara Gobbi

 [Il documento sulle reti tempo-dipendenti](#)

«Con l'accordo definitivo delle Regioni, doteremo il sistema sanitario di una road map con tutti i nodi e le relative connessioni delle reti tempo-dipendenti per assicurare una presa in carico del paziente che, per gravità e caratteristiche delle patologie, deve avvenire nei tempi giusti e nel luogo di cura più appropriato». Così a ottobre scorso il presidente di Agenas Luca Coletto annunciava l'invio dal ministero della Salute alla Conferenza delle Regioni del documento sulle Reti tempo-dipendenti, che ha appena incassato il via libera della Stato-Regioni. Un altro tassello nel complesso puzzle del Dm 70 (punto 8.1 dell'allegato 1).



Ora la stessa Agenas dedica al tema su cui a suo tempo aveva redatto le sue linee guida - i temi principali sono connessione tra strutture ospedaliere secondo il modello hub and spoke, maggiore integrazione tra rete ospedaliera e servizi territoriali basata su specifici Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (Pdta), condivisione di team multidisciplinari e multiprofessionali, adeguatamente formati, nonché stretto e puntuale monitoraggio dei tempi dei passaggi di setting assistenziale - il numero 42 della sua rivista Monitor.

L'omogeneizzazione dei modelli di rete e l'attività di monitoraggio sono fissate come le due pietre miliari per ottimizzare la risposta assistenziale ai bisogni di cure del paziente, da Nord a Sud del Paese.

Questi, lo ricordiamo, sono gli ambiti considerati: la rete cardiologica per l'emergenza (estensione della Rete per l'infarto Stemi), la rete per la neonatologia e i punti nascita (che ribadisce il criterio minimo dei 500 punti l'anno per i punti nascita di I livello e fissa tra il 15% e il 25% le soglie massime dei cesarei), la rete ictus e la rete trauma. Sistemi che fin dalla costituzione formale dovranno dotarsi «di un idoneo sistema di raccolta dati, finalizzato alla corretta valutazione e al monitoraggio dei livelli di efficienza, di efficacia, di qualità e sicurezza delle attività svolte».

© RIPRODUZIONE RISERVATA