



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



I tetti di spesa

Riabilitazione siglato l'accordo ma resta alta la tensione

Ettore Mautone

Tetti di spesa per la riabilitazione: firmato l'accordo in Regione per la transazione sulle rette. Via libera a un nuovo profilo tariffario, unico e valido per gli anni che vanno dal 2003 al 2014. Ridefinito anche il quadro dei rimborsi per le prestazioni ambulatoriali, domiciliari e di ricovero nel biennio 2015-2016. L'accordo, che mette fine a un contenzioso che si trascina da 12 anni (con varie sentenze del Tar e del Consiglio di Stato favorevoli ai centri convenzionati), è stato firmato da 6 associazioni di categoria riunite in coordinamento (Aiop, Anisap, Anpric, Aspat, Confapi Sanità e Confindustria Sanità) e, per la parte pubblica, dal governatore Stefano Caldoro e dal subcommissario ad acta Mario Morlacco. La Regione mette nel piatto circa 57 milioni a saldo del conguaglio tra le nuove tariffe e quelle applicate dai singoli centri a partire dal 2003 e fino al 2014. Una via di mezzo, dunque, rispetto alla iniziale richiesta dei sindacati (60 milioni) e quanto Morlacco si era prima spinto a concedere con l'avallo politico di Caldoro (50 milioni). Nell'intesa la Regione fa chiarezza anche sulle tariffe 2015 e 2016 ritoccate al rialzo rispetto ai 12 anni precedenti. Infine, viene mitigata la scure dei tagli ai tetti di spesa calata sul settore nel 2014 quando Palazzo Santa Lucia stabilì di ridurre i limiti di attività del 6,5% (in media): l'asticella delle decurtazioni viene portata al 5. «Questo storico accordo - dichiara Pierpaolo Polizzi, portavoce dell'organismo sindacale unitario - deve essere accolto con moderato ottimismo anche in considerazione che l'intesa prelude all'obiettivo della tempestiva adozione di un decreto commissariale specifico, attraverso il quale avremo certezze sui tempi di liquidazione dei crediti che vantiamo (poco meno di 60 milioni). La questione tariffaria è il primo tassello della definizione e rimodulazione dei tetti di spesa per l'anno in corso e risponde alle legittime aspettative della categoria per dare ossigeno agli asfittici bilanci societari oltre che certezze e stabilità di programmazione ai centri». Soddisfazione

viene infine espressa in una nota anche dal presidente della Regione Stefano Caldoro.

Ma resta alta la tensione nel settore. «L'intesa è un pezzo di carta privo di valore formale e sostanziale» dice Remo Del Genio, presidente Aias, una delle associazioni di categoria che oggi parteciperà all'assemblea pubblica nella sala Newton di Città della Scienza su "La crisi dell'assistenza riabilitativa in Campania".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Riabilitazione, intesa tra associazioni e giunta di Palazzo Santa Lucia

NAPOLI - E' stata firmata ieri a palazzo Santa Lucia tra la Regione Campania e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle strutture operanti sui territori, l'intesa sulla riabilitazione. Con essa, viene sanato un contenzioso ultradecennale in merito alle tariffe di riabilitazione per i periodi 2003-2005, 2006-2008 e 2009-2014 e a tutti gli aspetti connessi, compresi i tetti di spesa. Si procede inoltre, per la prima volta dal 2002, alla determinazione di una nuova tariffa. Il 15 maggio sarà emanato il decreto commissariale.

Giovedì 30 APRILE 2015

Campania. Riabilitazione, firmata intesa tra Regione e associazioni di categoria

Per la prima volta dal 2002, si procede alla determinazione di una nuova tariffa, a partire dal 2015. Trovato un accordo anche al contenzioso in merito alle tariffe di riabilitazione per il periodo dal 2003 al 2014. Il decreto commissariale che recepirà l'intesa sarà emanato entro il 15 maggio.

E' stata firmata ieri a palazzo Santa Lucia tra la Regione Campania e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle strutture operanti sui territori, l'intesa sulla riabilitazione.

“Con essa – spiega una nota della Regione -, viene finalmente sanato e risolto in modo definitivo un contenzioso ultradecennale in merito alle tariffe di riabilitazione per i periodi 2003-2005, 2006-2008 e 2009-2014 e a tutti gli aspetti connessi, compresi i tetti di spesa. Si procede inoltre, per la prima volta dal 2002, alla determinazione di una nuova tariffa, a partire dal 2015, che tiene conto delle variazioni contributive e previdenziali intervenute a carico delle strutture”.

Nell'accordo transattivo la Regione riconosce alle strutture i conguagli conseguenti alla riadozione delle tariffe, e le stesse rinunciano al contenzioso e alle azioni giudiziarie pendenti, anche in tema di tetti di spesa, nonché ad eventuali o ulteriori pretese.

Entro il 15 maggio sarà emanato il decreto commissariale che recepirà l'intesa, previa acquisizione del parere obbligatorio, ai sensi di legge, dell'Avvocatura dello Stato.

quotidianosanità.it

Mercoledì 29 APRILE 2015

Manovra sanità. Ancora un rinvio per l'Intesa Stato Regioni. Chiamparino: "A questo punto tagliare 2,350 mld diventa quasi impossibile"

Ennesima fumata nera per la manovra prevista dalla legge di stabilità. Il motivo ufficiale il voto di fiducia sull'Italicum. Ma il presidente delle regioni mette le mani avanti e sottolinea le difficoltà di programmare risparmi pensati su 12 mesi quando siamo già a fine aprile: "I conti li sanno fare tutti, la manovra dovrebbe essere ridotta di almeno 800mln". Stoccata a Lorenzin: "Il ministro si metta d'accordo con se stessa"

Tutto rinviato ancora una volta. Per capire quali saranno le misure per raggiungere l'obiettivo di un taglio del Fsn di 2,352 mld di euro bisognerà aspettare probabilmente un'altra settimana. La Conferenza Stato Regioni prevista per oggi è stata, infatti, sconvocata. Il motivo? La concomitanza con il voto di fiducia sulla nuova legge elettorale.

Ad annunciarlo il presidente della Conferenza delle Regioni, **Sergio Chiamparino**: "Il Governo – ha spiegato Chiamparino – ci ha detto che a causa della concomitanza con il voto di fiducia sull'Italicum non è possibile riunire la Stato Regioni. Fra le Regioni mi pare che ci sia pieno accordo e piena disponibilità a firmare, con l'eccezione del Veneto che aveva dichiarato molto chiaramente la sua posizione contraria".

"Non posso non constatare che la manovra pensata su base annua quanto più tempo passa tanto più diventa difficile da attuare nella sua interezza – ha poi aggiunto Chiamparino – e quindi va evidentemente prevista qualche revisione o una forma di alleggerimento della stessa. Non amo fare il processo alle intenzioni e non ho elementi per farlo, ma per quello che ci riguarda siamo pronti anche ad accettare un percorso di monitoraggio congiunto per valutare la fattibilità e la possibilità del raggiungimento degli obiettivi previsti. Sono già passati quattro mesi – continua il Presidente della Conferenza delle Regioni – e il tempo non è certamente una variabile indipendente".

Quanto alle affermazioni del Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, pubblicate oggi dal *Sole 24 Sanità* che sembrava smentire un accordo su diversi punti dell'Intesa, Chiamparino è apparso quanto meno perplesso.

"Mi sembrano osservazioni strane – ha osservato Chiamparino – perché il ministro da una parte da mandato ai suoi tecnici di stilare un documento condiviso, e poi nelle interviste dichiara che il documento non va bene. Credo che dovrebbe mettersi d'accordo con se stessa. Ho sentito personalmente il ministro Lorenzin e i suoi collaboratori più stretti che mi hanno aggiornato sullo stato di avanzamento dei lavori. Non mi era stata espressa alcuna ragione di contrarietà. Anzi mi è stata ribadita la volontà di arrivare all'intesa più in fretta possibile, anche perché Lorenzin sa benissimo che più tempo passa più è difficile realizzare la manovra integralmente. Considerando poi che sono già passati 4 mesi – ha aggiunto – il taglio previsto si dovrebbe ridurre di un terzo e quindi di almeno 800 milioni. I conti li sappiamo fare tutti. Noi siamo pronti a firmare a prescindere dalle appartenenze politiche, anche quelli che hanno dubbi. L'unica cosa che posso fare è quindi ricordare la nostra disponibilità e ribadire, ancora una volta, che il tempo non è una variabile indipendente".

A chiarire ulteriormente lo stato dell'arte dell'Intesa, **Luca Coletto**, coordinatore degli assessori alla sanità e assessore alla sanità del Veneto da noi interpellato, che ha sottolineato che un documento definitivo non è ancora pronto, anche se la sostanza della manovra è quella dell'intesa presentata in occasione della [Conferenza Stato Regioni del 23 aprile scorso](#).

"Sono arrivate nuove proposte che non risolvono affatto alcuni importanti nodi, a partire da quello della farmaceutica. Ci sarebbe poi il taglio stabile di 2,350 anche per i prossimi anni, e per quanto ci riguarda saranno solo tagli orizzontali. Queste leve le abbiamo già utilizzate in passato proprio per evitare di mettere in campo l'addizionale Irpef. Quindi a fronte di questi problemi riteniamo ineludibile la riscrittura del Patto per la salute, visto che è stato completamente disatteso quando avevamo sottoscritto. E tutto questo è avvenuto nell'arco di appena tre mesi. Tradotto, questa è solo una miopia programmatica". Inoltre per Coletto, il vero motivo dell'ulteriore rinvio dell'intesa non è tanto nella coincidenza con il voto di fiducia sull'Italicum, ma elettorale: "Il Governo in realtà non vuole tagliare in prossimità delle elezioni".

Una posizione condivisa anche da **Massimo Garavaglia**, assessore all'Economia, crescita e semplificazione della regione Lombardia: "Probabilmente il Governo si rende conto che sono misure molto impopolari a ridosso del voto. Ma cerchiamo di guardare il bicchiere mezzo pieno, a questo punto è evidente che il Governo ha deciso di ridurre i tagli. Quindi, dal momento che abbiamo già bruciato 4 mesi e andiamo verso il quinto, e calcolando circa 200 milioni al mese sui 2,350 mld previsti dalla manovra, parliamo di circa un miliardo di euro".

Statali, dirigenti in carica per 4 anni Staffetta generazionale senza incentivi

Slitta il via libera del Senato. Corsia preferenziale per i vincitori di concorso

ROMA Via libera in Senato alla «staffetta generazionale» nel pubblico impiego. Ma senza incentivi, quindi a costo-zero. L'idea lanciata un mese fa, e acquisita ieri in un emendamento alla legge delega della Pubblica amministrazione approvato dall'Aula, prevede la riduzione volontaria dell'orario di lavoro dei dipendenti pubblici vicini alla pensione, per favorire l'ingresso di giovani. Per superare i dubbi della Ragioneria circa i costi dell'operazione, l'emendamento prevede che i lavoratori che scelgono il part time dovranno provvedere ai contributi che non saranno più versati dallo Stato, senza alcuna facilitazione. Un meccanismo già contestato dai sindacati secondo cui, con il lungo blocco degli stipendi, ancora in corso, non funzionerà.

L'approvazione della delega, prevista per ieri sera, è slittata a oggi per mancanza di numero legale: poco prima, su una delle votazioni, la maggioranza aveva tenuto per un solo voto. Tra le modifiche intervenute ieri, c'è una modifica alla durata massima degli incarichi dei dirigenti: dalla formula 3+3 si passa a quella 4+2. Significa che l'incarico di un dirigente, che con la riforma sarà inserito in un ruolo unico, potrà durare massimo quattro anni con la possibilità

di un rinnovo, senza una nuova selezione, per altri due anni. Il rapporto prima era tre anni più altri tre anni. Il reincarico senza selezione potrà avvenire una sola volta. Esauriti i sei anni complessivi, il dirigente torna al ruolo unico e per assumere un nuovo incarico dovrà superare una nuova fase selettiva. Se rimarrà inattivo per un determinato periodo, che i decreti attuativi della delega dovranno indicare, potrà essere licenziato. I diplomatici sono stati espunti dal ruolo unico dei dirigenti.

Il Senato ha sciolto anche un altro dei nodi della delega, quello relativo ai segretari comunali, la cui figura nella versione originaria era stata abolita. È passato un compromesso per cui ci sarà una fase-ponte di tre anni prima dell'abolizione, durante la quale chi svolge questa funzione potrà continuare a farlo ma sotto la qualifi-

Il Corpo Forestale

Il Corpo Forestale dello Stato verrà assorbito in un'altra polizia ma non verranno disperse le competenze

ca generica di «dirigente pubblico».

Passa anche un'altra modifica che riguarda i vincitori di concorso la cui assunzione si gioverà di una corsia preferenziale grazie all'introduzione di apposite «norme transitorie» nei limiti della finanza pubblica. Arriva un tetto per gli stipendi dei vertici amministrativi delle società controllate dalle Camere di commercio. Sì del Senato all'emendamento che apre a un intervento sul settore della ricerca al fine di dargli un inquadramento specifico: ricercatori e tecnologi saranno distinti dagli impiegati.

Martedì scorso l'Aula aveva approvato l'emendamento alla delega che prevede l'assorbimento della Forestale in un'unico altro corpo, probabilmente la Polizia, con l'obiettivo di evitare la sua dispersione. Permane a questo scopo anche l'unitarietà delle funzioni attribuite. Tra le norme che sono state approvate ieri senza modifiche, la stretta sulle azioni disciplinari dei dipendenti pubblici, il passaggio all'Inps di competenze e risorse per gli accertamenti della malattie. Via libera alla stretta sulle partecipate locali, al taglio delle Prefetture, alla soppressione degli enti inutili.

Antonella Baccaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Conti pubblici

Tagli alla sanità: «Sconto del 4,5% o niente contratti»

O lo sconto o il contratto salta. Per risparmiare 2,6 miliardi sulla Sanità, il governo punta soprattutto a ridurre i soldi spesi per i fornitori di materiale sanitario, attrezzature e dispositivi medici, appalti per le pulizie e la ristorazione. È quanto emerge dall'ultima bozza dell'accordo tra Stato e Regioni atteso per oggi. «Gli enti del servizio sanitario sono tenuti a proporre ai fornitori di beni e servizi (...) una rinegoziazione dei rispettivi contratti, che abbia l'effetto di ridurre i

prezzi di fornitura (...) senza che ciò comporti una modifica della durata del contratto — si legge nel documento che dovrà essere sottoposto alla firma delle Regioni —. La rinegoziazione deve garantire un abbattimento su base annua del 4,5% del valore complessivo dei contratti. In caso di mancato accordo, gli enti hanno il diritto di recedere dal contratto in deroga all'articolo 1.671 del codice civile».

Simona Ravizza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INGEGNERI

Norme anticendio in sanità

NAPOLI. Per iniziativa dell'Ordine degli ingegneri di Napoli, del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco e della Direzione regionale dei Vigili del Fuoco, si svolgerà oggi dalle ore 14, il seminario sul tema "Le nuove norme anticendio per le strutture sanitarie". Introduce i lavori **Gioacchino Gioni**, capo del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco. Apre il seminario la relazione di **Ciro Verdoliva**, consigliere dell'Ordine degli ingegneri e direttore dell'Unità Operativa Gestione attività tecniche e manutentive dell'Azienda ospedaliera Cardarelli, sul tema "Esigenze specifiche delle strutture sanitarie". Il convegno approfondirà le novità introdotte dal Decreto del 19 marzo di quest'anno, adottato dal Ministro dell'Interno di concerto con il Ministro della Salute ed il Ministro dell'Economia e delle Finanze, riguardante "Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi".

quotidianosanità.it

Giovedì 30 APRILE 2015

Riforma Pa. Via libera al Ddl dal Senato. Ecco le novità per i manager delle Asl. Medici & co. restano fuori dalle nuove norme sulla dirigenza pubblica

Per le sanità passano le norme sui nuovi criteri per le nomine dei Direttori generali delle Asl. Le nuove norme per la Pubblica Amministrazione non riguarderanno la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, mentre sarà coinvolta la dirigenza amministrativa, tecnica e professionale del Ssn. Novità anche per gli Enti pubblici di ricerca. Il Disegno di legge passa ora all'esame di Montecitorio.

L'Assemblea di Palazzo Madama ha approvato questa mattina il Disegno di legge recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", con 144 voti favorevoli e un'astensione. L'opposizione non ha partecipato al voto. Il testo passa alla Camera dei deputati. "Questa è una riforma per il Paese e non di settore. E quindi, proprio perché tocca i settori, si poteva avere il timore che si annacquasse in Parlamento. Non è stato così: il Parlamento l'ha migliorata fin dalla discussione in Commissione affari costituzionali. C'è stata una dialettica democratica, con posizioni a volte legittimamente diverse dell'opposizione, ma mai ostruzionistiche". Questo il commento a caldo del ministro per la semplificazione e Pubblica Amministrazione, **Marianna Madia**, intervenuta subito dopo l'approvazione dell'Aula.

Queste le principali misure che riguardano le pubbliche amministrazioni sanitarie.

Articolo 9 (Dirigenza pubblica)

Il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi in materia di dirigenza pubblica e di valutazione dei rendimenti dei pubblici uffici:

Con riferimento all'inquadramento dei dirigenti dello Stato: **istituzione di un ruolo unico dei dirigenti statali** presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, in cui confluiscono i dirigenti appartenenti ai ruoli delle amministrazioni statali, degli enti pubblici non economici nazionali, delle università statali e degli enti pubblici di ricerca.

Con riferimento all'inquadramento dei dirigenti delle regioni: istituzione, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, di un ruolo unico dei dirigenti regionali. **L'istituzione del ruolo unico riguarderà anche la dirigenza amministrativa, professionale (ndr. avvocati, ingegneri, architetti, geologi, attuari) e tecnica (ndr. sociologi, analisti e statistici) del Servizio sanitario nazionale. Viene esclusa, invece, la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria (ndr. farmacisti, dirigenti professioni sanitarie, biologi, chimici, fisici, psicologi) del Ssn.** Viene inoltre eliminata la distinzione in due fasce.

Con riferimento alla **mobilità della dirigenza**: semplificazione e ampliamento delle ipotesi di mobilità tra amministrazioni pubbliche nonché tra le amministrazioni pubbliche e il settore privato. **Gli incarichi dirigenziali avranno una durata di quattro anni**, rinnovabili previa partecipazione alla procedura di avviso pubblico; **facoltà di rinnovo degli incarichi per ulteriori due anni senza procedura selettiva per una sola volta**; definizione di presupposti oggettivi per la **revoca, anche in relazione al mancato raggiungimento degli obiettivi**, e della relativa procedura; equilibrio di genere nel conferimento degli incarichi; possibilità di proroga dell'incarico dirigenziale in essere, per il periodo necessario al completamento delle procedure per il conferimento del nuovo incarico.

Con riferimento ai dirigenti privi di incarico viene prevista la **decadenza dal ruolo unico a seguito di un determinato periodo di collocamento in disponibilità**.

Con riferimento alla valutazione dei risultati: rilievo dei suoi esiti per il conferimento dei successivi incarichi dirigenziali; **superamento degli automatismi nel percorso di carriera** e costruzione dello stesso in funzione degli esiti della valutazione.

Con riferimento al conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, definizione dei seguenti principi fondamentali, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione:

- selezione unica per titoli, previo avviso pubblico, dei direttori generali in possesso di specifici titoli formativi e professionali e di comprovata esperienza dirigenziale, effettuata da parte di una commissione nazionale composta pariteticamente da rappresentanti dello Stato e delle regioni, per l'inserimento in un elenco nazionale degli idonei istituito presso il Ministero della salute, aggiornato con cadenza biennale, da cui le regioni e le province autonome devono attingere per il conferimento dei relativi incarichi da effettuare nell'ambito di una rosa di candidati individuati e previo colloquio;
- sistema di verifica e di valutazione dell'attività dei direttori generali che tenga conto del raggiungimento degli obiettivi sanitari, anche in relazione alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza e dei risultati del programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali; decadenza dall'incarico e possibilità di reinserimento soltanto all'esito di una nuova selezione nel caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, accertato decorsi ventiquattro mesi dalla nomina, o nel caso di gravi o comprovati motivi, o di grave disavanzo o di manifesta violazione di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e imparzialità;
- selezione per titoli e colloquio, previo avviso pubblico, dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari in possesso di specifici titoli professionali, scientifici e di carriera, effettuata da parte di commissioni regionali composte da esperti di qualificate istituzioni scientifiche, per l'inserimento in appositi elenchi regionali degli idonei, aggiornati con cadenza biennale, da cui i direttori generali devono obbligatoriamente attingere per le relative nomine; decadenza dall'incarico nel caso di manifesta violazione di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e imparzialità.

Al fine di **favorire e semplificare le attività degli Enti Pubblici di Ricerca (EPR)**, e rendere le procedure e le normative più consone alle peculiarità delle missioni di tali Enti, il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con invarianza delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente, uno o più decreti legislativi nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

- definizione del ruolo dei ricercatori e tecnologi EPR, garantendo il **recepimento della Carta europea dei ricercatori e del documento European Framework for Research Careers**, con particolare riguardo alla libertà di ricerca, all'autonomia professionale, alla formazione ed all'aggiornamento professionale;
- inquadramento della ricerca pubblica in un sistema di regole più snello e più appropriato a gestirne la peculiarità dei tempi e delle esigenze del settore, nel campo degli acquisti, delle partecipazioni internazionali, delle missioni per la ricerca, del reclutamento, delle spese generali e dei consumi, ed in tutte le altre attività proprie degli EPR;
- definizione di regole per gli EPR improntate a principi di responsabilità ed autonomia decisionale, anche attraverso la riduzione dei controlli preventivi ed il rafforzamento di quelli successivi;
- razionalizzazione e semplificazione dei vincoli amministrativi-contabili-legislativi, limitandoli prioritariamente a quelli di tipo "a budget";
- semplificare la normativa riguardante gli EPR e coordinarla con le best-practices internazionali.

Art. 10. (Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche)

Le amministrazioni pubbliche, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, adottano **misure organizzative per il rafforzamento dei meccanismi di flessibilità dell'orario di lavoro**, per l'adozione del lavoro ripartito, orizzontale o verticale, tra dipendenti, per l'utilizzazione delle possibilità che la tecnologia offre in materia di lavoro da remoto anche al fine di creare le migliori condizioni per l'attuazione delle disposizioni in materia di fruizione del congedo parentale, fissando obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro, anche nella forma del telelavoro misto, nonché per la sperimentazione di forme di co-working e smart-working che permettano entro tre anni almeno al 20 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. Le amministrazioni pubbliche predispongono un sistema di monitoraggio e verifica degli impatti economici nonché della qualità dei servizi erogati coinvolgendo i cittadini fruitori sia individualmente, sia nelle loro forme associative.

Le amministrazioni pubbliche, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, procedono, al fine di conciliare i tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, a stipulare **convenzioni con asili nido e scuole dell'infanzia** e a organizzare, anche attraverso accordi con altre amministrazioni pubbliche, servizi di supporto alla genitorialità, aperti durante i periodi di chiusura scolastica.

Art. 12. (Riordino della disciplina del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche)

Il governo entro dodici mesi dall'approvazione definitiva della legge delega sulla pubblica amministrazione è obbligato ad emanare un decreto sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

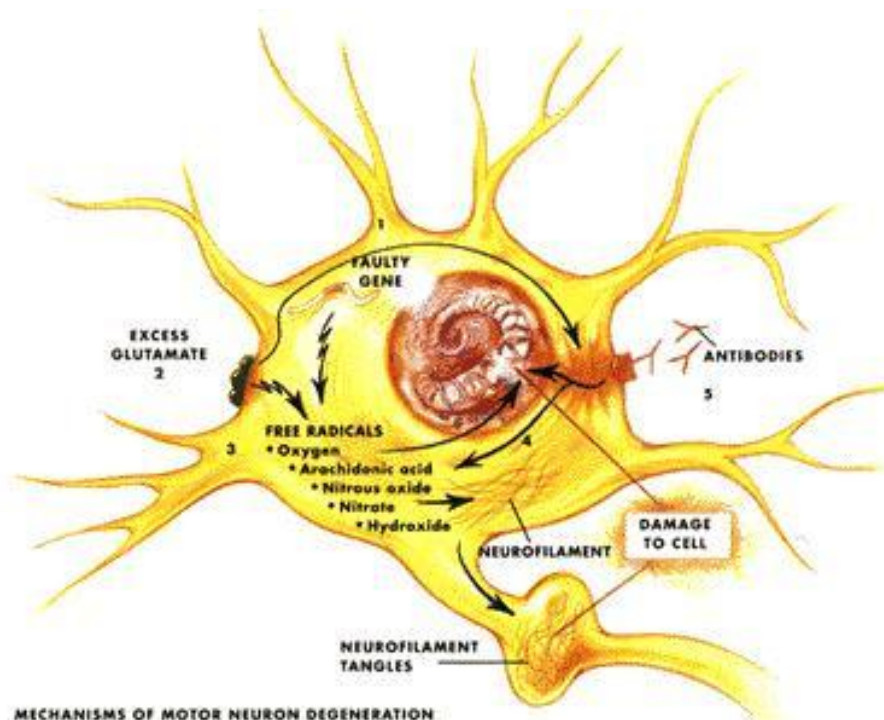
- previsione nelle procedure concorsuali pubbliche di meccanismi di valutazione finalizzati a **valorizzare l'esperienza professionale acquisita da coloro che hanno avuto rapporti di lavoro flessibile con le amministrazioni pubbliche**.
- **accentramento dei concorsi per tutte le amministrazioni pubbliche; revisione delle modalità di espletamento degli stessi**, in particolare con la predisposizione di strumenti volti a garantire l'effettiva segretezza dei temi d'esame fino allo svolgimento delle relative prove, di misure di pubblicità sui temi di concorso e di forme di preselezione dei componenti delle commissioni.
- **riorganizzazione delle funzioni in materia di accertamento medico-legale sulle assenze dal servizio per malattia dei dipendenti pubblici**, al fine di garantire l'effettività del controllo, con attribuzione all'Istituto nazionale della previdenza sociale della relativa competenza e delle risorse attualmente impiegate dalle amministrazioni pubbliche per l'effettuazione degli accertamenti, previa intesa in sede di conferenza tra lo Stato Regioni per la quantificazione delle predette risorse finanziarie e per la definizione delle modalità d'impiego del personale medico attualmente adibito alle predette funzioni, senza maggiori oneri per la finanza pubblica.
- **disciplina delle forme di lavoro flessibile**, con individuazione di limitate e tassative fattispecie, caratterizzate dalla compatibilità con la peculiarità del rapporto di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche e con le esigenze organizzative e funzionali di queste ultime.
- **progressivo superamento della dotazione organica come limite alle assunzioni** fermi restando i limiti di spesa anche al fine di facilitare i processi di mobilità.
- semplificazione delle norme in materia di **valutazione dei dipendenti pubblici**, di riconoscimento del merito e di **premiabilità**, nonché dei relativi soggetti e delle relative procedure; sviluppo di sistemi distinti per la misurazione dei risultati raggiunti dall'organizzazione e dei risultati raggiunti dai singoli dipendenti; potenziamento dei processi di valutazione indipendente del livello di efficienza e qualità dei servizi e delle attività delle amministrazioni pubbliche e degli impatti da queste prodotti, anche mediante il ricorso a standard di riferimento e confronti; riduzione degli adempimenti in materia di programmazione anche attraverso una maggiore integrazione con il ciclo di bilancio; coordinamento della disciplina in materia di valutazione e controlli interni; previsione di forme di semplificazione specifiche per i diversi settori della pubblica amministrazione.
- introduzione di norme in materia di **responsabilità disciplinare dei pubblici dipendenti** finalizzate ad accelerare e rendere concreto e certo nei tempi di espletamento e di conclusione l'esercizio dell'azione disciplinare.
- rafforzamento del principio di **separazione tra indirizzo politico-amministrativo e gestione** e del conseguente regime di responsabilità dei dirigenti, attraverso l'esclusiva imputabilità agli stessi della responsabilità amministrativo-contabile per l'attività gestionale.
- al fine di garantire un'efficace **integrazione in ambiente di lavoro di persone con disabilità** previsione della nomina, da parte delle amministrazioni pubbliche con più di 200 dipendenti, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente, di un responsabile dei processi di inserimento, definendone i compiti con particolare riferimento alla garanzia dell'accomodamento ragionevole; previsione dell'obbligo di trasmissione annuale da parte delle amministrazioni pubbliche al Ministro delegato per la semplificazione e la pubblica amministrazione e al Ministro del lavoro e delle politiche sociali oltre che al centro per l'impiego territorialmente competente, non solo della comunicazione relativa alle scoperture di posti riservati ai lavoratori disabili, ma anche di una successiva dichiarazione relativa a tempi e modalità di copertura della quota di riserva prevista dalla normativa vigente, nel rispetto dei vincoli normativi assunzionali delle amministrazioni pubbliche, nonché previsione di adeguate sanzioni per il mancato invio della suddetta dichiarazione, anche in termini di avviamento numerico di lavoratori con disabilità da parte del centro per l'impiego territorialmente competente.
- previsione della facoltà, per le amministrazioni pubbliche, di **promuovere il ricambio generazionale** mediante la riduzione su base volontaria e non revocabile dell'orario di lavoro e della retribuzione del personale in procinto di essere collocato a riposo, garantendo, attraverso la contribuzione, la possibilità di conseguire l'invarianza della contribuzione previdenziale, consentendo nel contempo, nei limiti delle risorse effettivamente accertate a seguito della conseguente minore spesa per redditi, l'assunzione anticipata di nuovo personale, nel rispetto della normativa vigente in materia di vincoli assunzionali. Il ricambio generazionale di cui alla presente lettera, non deve comunque determinare nuovi o maggiori oneri a carico degli enti previdenziali e delle amministrazioni pubbliche.

Giovanni Rodriguez



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



MECHANISMS OF MOTOR NEURON DEGENERATION

LA RICERCA/ VERONESI: CON LA DIAGNOSI PRECOCE SI GUARIRÀ DA OTTO TUMORI AI POLMONI SU DIECI

Un esame ematico per scoprire il cancro

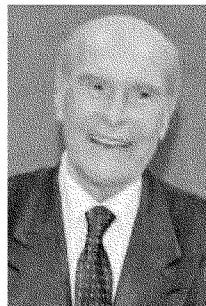
CARLO BRAMBILLA

MILANO. Svolta epocale nella diagnosi precoce del cancro. Sarà sufficiente una semplice, economica, analisi del sangue, senza esami invasivi, complicati e costosi, per scoprire un tumore. Una nuova frontiera della ricerca che utilizza i micro-Rna, tracce genetiche rilasciate dalle cellule tumorali nel sangue, come marcatori particolarmente efficaci. Le ricerche in questo campo sono avviate da anni negli Stati Uniti, su diversi tipi di tumore, ma questa volta sono due istituti italiani ad essere all'avanguardia nella ricerca, lo Ieo, l'Istituto europeo di oncologia fondato da Umberto Veronesi, e l'Istituto nazionale dei tumori di Milano. Le nuove tecniche diagnostiche, decisamente semplici e comode per il paziente, consentiranno di realizzare screening di massa della po-

polazione. Riducendo la mortalità grazie alle diagnosi precoci, ma anche i costi sanitari per la collettività. Esami più approfonditi e costosi dovranno essere fatti solo a chi ne avrà effettivamente bisogno. Una realtà già concreta per il cancro del polmone, il più terribile dei big killer oncologici, la prima causa di morte per cancro nel mondo. Lo ha annunciato ieri Umberto Veronesi, illustrando un nuovo studio dello Ieo che verrà pubblicato sul prossimo numero del *Journal of the National Cancer Institute*. «Oggi il cancro del polmone è uno dei più terribili», spiega Veronesi. «Con una mortalità dell'80 per cento. Ma con la diagnosi precoce, scoprendo il tumore quando è molto piccolo, allo stadio iniziale, le percentuali si capovolgono e diventano guaribili circa l'80 per cento dei tumori. Come sappiamo bene il maggiore responsabile di questo tipo di cancro

resta il fumo delle sigarette. Ma se fino a oggi non siamo riusciti a convincere i cittadini a smettere di fumare, aiutiamoli almeno a scoprire precocemente il tumore...».

La ricerca dello Ieo, guidata da Pier Paolo Di Fiore, direttore della Medicina molecolare, ha scoperto, analizzando una popolazione di 1115 forti fumatori, arruolati nello studio Cosmos (Continuous Observation of Smoking Subjects) che i micro-Rna presentano una sorta di firma molecolare che segnala un processo tumorale iniziale nel polmone. Sono sufficienti appena 2 ml di sangue per arrivare alla diagnosi. Un altro studio analogo, finalizzato a scoprire tracce precoci della malattia, viene condotto con risultati che potranno essere integrati con quelli dello Ieo, dall'Istituto nazionale dei tumori. «Oggi la ricerca si basa sull'analisi delle quantità di 19 differenti molecole di micro-Rna presenti nel sangue - spiega Fabrizio Bianchi, responsabile del laboratorio di genomica. - Nelle cellule tumorali c'è un'alterazione dei micro-Rna. Proprio queste molecole alterate, rilasciate nel sangue, svolgono il ruolo di bio-marcatori. In futuro pensiamo che potranno essere utilizzati per lo stesso esame anche l'urina e la saliva, rendendo ancora più semplice e meno invasivo per il paziente l'esame. Non sono necessarie tecnologie complesse. E solo nei casi positivi verrà fatta una Tac di accertamento. Se oggi sono necessarie 10 mila tac per diagnosticare 100 tumori, utilizzando i micro-Rna saranno sufficienti meno di 3100 Tac». Secondo Lorenzo Spaggiari, direttore del Programma polmone dello Ieo, una vera e propria "nuova era" nella diagnosi del cancro.



IL PROFESSORE
Umberto Veronesi, oncologo

La diagnosi precoce allo Ieo Una goccia di plasma svela il tumore al polmone quando è ancora curabile

Il tumore al polmone, attualmente la prima causa di morte per cancro nel mondo, può essere disinnescato se individuato molto precocemente. Lascia una «firma» e la lascia quando ancora è molto piccolo. Anzi, più di una «firma». Si tratta di tracce genetiche, di microRna (miRna) tumorali che iniziano a circolare anche quando sono poche le cellule malate. Gli italiani sono riusciti a intercettare queste «firme» nel sangue, hanno verificato che individuarle è risposta diagnostica efficace e che una volta identificata la sorgente delle «firme» con una Tac (mirata, perché si sa che qualcosa c'è) la si elimina in modo microinvasivo. Niente chemio, niente radiazioni, tumore in stand by.

Il messaggio partito da Milano è stato subito accolto dagli Stati Uniti che cambiano le linee guida: esame del sangue come priorità diagnostica, Tac solo se si scopre la «firma». Meno costi per la sanità, più certezza di colpire il male con ampio anticipo. Uno studio dell'Istituto europeo di oncologia (Ieo), pubblicato sul prossimo *Journal of the National Cancer Institute*, è il messaggio. Pietra miliare. Consente di ridurre realmente la mortalità di questo big killer che solo in Italia miete 35.000 vittime ogni anno, circa 100 al giorno. Il test dei miRna, marker tumorali genetici rilevabili da un esame del siero (come fa Ieo) o del plasma (come fa l'Istituto nazionale dei tumori di via Venezian, Milano), è efficace e applicabile su larga scala ai forti fumatori o agli ex. L'Airc e le Fondazioni Monzino e Umberto Veronesi hanno finanziato lo studio.

Il test miRna è semplice da effettuare e ha costi limitati. Gli Stati Uniti partono su questa strada così, come lo Ieo in Italia. Il team Ieo è guidato da Pier Paolo Di Fiore, direttore della Medicina molecolare: «Abbiamo analizzato la presenza dei miRna nel sangue di 1.115 forti fumatori o ex tali (studio *Cosmos, Continuous observation of smoking subjects*). E abbiamo scoperto che se è presente la «firma» dei miRna il fumatore deve sottoporsi a Tac a basse dosi, mentre se non c'è non deve fare ulteriori accertamenti fino al prelievo successivo». I miRna, peraltro, sono rilevabili non solo nel sangue. Per esempio anche nella saliva.

«Il miRna test — precisa Fabrizio Bianchi, responsabile del Laboratorio di genomica e bioinformatica — si basa sull'analisi delle quantità di 19 differenti molecole di microRna in meno di 2 millimetri di sangue. I miRna circolanti sono 200 e noi ne abbiamo identificati 13, sufficienti per un'accuratezza dell'80%». I risultati? Il chirurgo Lorenzo Spaggiari, direttore del Programma polmone, fa il punto: «Fino a ieri l'80% dei casi arrivavano al chirurgo in stadio avanzato, con possibilità di guarigione intorno al 20%. Oggi con miRna e Tac sempre più tumori vengono trattati in stadio iniziale, in modo mininvasivo, con probabilità di guarigione dell'80%. E invece di eseguire 10.000 Tac per trovare 100 tumori, con i miRna bastano 3.108 Tac per trovare 100 tumori».

Mario Pappagallo
@Mariopaps
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giovedì 30 APRILE 2015

Diabete 2. L'importanza di una colazione ricca di proteine. Aiuta a regolare gli zuccheri nel sangue

Uno studio condotto su 12 pazienti con diabete 2 ha mostrato come una colazione proteica possa favorire la riduzione dei caratteristici picchi di glucosio nel sangue dopo il pasto. Gli esperti sottolineano l'importanza della colazione e consigliano ai pazienti diabetici di consumare circa 25-30 grammi di proteine in questo pasto. Lo studio su *the Journal of Nutrition*

Uno studio scientifico conferma l'importanza del ruolo delle proteine all'interno della prima colazione per chi soffre di diabete di tipo 2: un primo pasto proteico in certi casi può aiutare a regolare il glucosio nel sangue e in particolare ad evitare i picchi di glucosio dopo la colazione e dopo il pranzo, caratteristici nei pazienti diabetici. Lo studio, condotto dalla University of Missouri-Columbia e pubblicato su *the Journal of Nutrition*, conferma i risultati ottenuti da altri studi che avevano mostrato possibili benefici di una colazione proteica in caso di diabete.

Gli esperti dell'Università del Missouri Columbia suggeriscono di consumare un primo pasto contenente circa 25-30 grammi di proteine, secondo le raccomandazioni della FDA, come spiega **Jill Kanaley**, Professore presso il Department of Nutrition and Exercise Physiology all'Università del Missouri. "Spesso le persone ritengono che la propria 'risposta glicemica' in un determinato pasto risulti identica a quella di altri pasti, ma non è davvero così", ha illustrato il Professore. "Per esempio, sappiamo che sia il contenuto di un pasto che l'orario con cui viene consumato possono fare la differenza, e se le persone saltano la colazione, la loro risposta glicemica a pranzo potrebbe essere molto accentuata. Nel nostro studio, abbiamo scoperto che chi consumava la colazione mostrava poi un'adeguata risposta glicemica dopo pranzo". Insomma, secondo gli esperti, il primo aspetto su cui porre l'attenzione riguarda l'importanza di non saltare la colazione.

Come si è svolto lo studio

Il gruppo di ricerca guidato da Kanaley ha preso in considerazione 12 pazienti con diabete di tipo 2, di entrambi i sessi ed età compresa tra i 21 e i 55 anni e con indice di massa corporea compreso tra 30 e 40 kg/m². I ricercatori hanno monitorato i loro livelli di glucosio nel sangue, l'insulina e diversi ormoni nell'intestino, sostanze che aiutano a regolare la risposta all'insulina.

I partecipanti sono stati invitati a consumare per sette giorni una colazione ad alto contenuto proteico (composta al 35% di proteine e al 45% di carboidrati, 500 kcal) oppure una colazione ad alto contenuto di carboidrati (15% proteine e 65% carboidrati, 500 kcal); mentre il pasto successivo è un pranzo 'standard' ad alto contenuto di carboidrati. In particolare, durante il settimo giorno di studio, i 12 pazienti diabetici hanno preso parte ad un test della durata di otto ore: dopo il digiuno notturno, essi hanno consumato la propria colazione e, quattro ore dopo, un pranzo 'standard' di 500 kcal ad alto contenuto di carboidrati. Durante questa giornata, i ricercatori hanno raccolto campioni di sangue dei partecipanti, a distanza di 4 ore dalla colazione e di 4 ore dal pranzo, per valutare l'area sottesa dalla curva AUC del glucosio, insulina, peptide-C, glucagone, peptide GIP, e peptide 1 glucagon-like (GLP-1).

I risultati

In base allo studio, i partecipanti che hanno consumato una colazione proteica hanno mostrato una riduzione dei livelli di glucosio dopo il pasto. In questo gruppo di persone, inoltre, i livelli dell'insulina risultavano leggermente più alti dopo il pranzo rispetto ai partecipanti che aveva assunto una colazione ad alto contenuto di carboidrati: si tratta di un elemento che dimostra come l'organismo degli individui coinvolti abbia lavorato in maniera appropriata per regolare i livelli di zucchero nel sangue, spiega Kanaley. Nelle conclusioni dello studio si legge che una colazione ricca di proteine attenua la risposta glicemica dopo il pasto e non aumenta la risposta post-prandiale. Così tale tipo di colazione potrebbe ridurre le conseguenze dell'iperglicemia in questa popolazione.

"Il primo pasto della giornata è essenziale per mantenere il controllo glicemico durante i pasti successivi, in modo che davvero possa 'riempire' per il resto della giornata", ha detto Kanaley. "Consumare la prima colazione spinge le cellule ad aumentare la concentrazione di insulina al secondo pasto, che rappresenta un elemento positivo perché dimostra che il corpo agisce in maniera opportuna, cercando di regolare i livelli di glucosio. Tuttavia, è importante per i pazienti diabetici di tipo 2 comprendere che alimenti differenti tra loro hanno un'influenza differente sull'organismo, e capire realmente qual è la loro risposta ai pasti, infatti essi devono monitorare il proprio glucosio. Gli alimenti *trigger* possono variare a seconda di quanta attività fisica hanno praticato quel giorno o quanto tempo intercorre tra un pasto ed un altro".

La ricerca è stata finanziata in parte dall'Egg Nutrition Center. Il trial è stato registrato qui www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02180646 come NCT02180646.

Viola Rita

*Y.-M. Park, T. D. Heden, Y. Liu, L. M. Nyhoff, J. P. Thyfault, H. J. Leidy, J. A. Kanaley. A High-Protein Breakfast Induces Greater Insulin and Glucose-Dependent Insulinotropic Peptide Responses to a Subsequent Lunch Meal in Individuals with Type 2 Diabetes. *Journal of Nutrition*, 2014; 145 (3): 452 DOI: [10.3945/jn.114.202549](https://doi.org/10.3945/jn.114.202549)

Mercoledì 29 APRILE 2015

Morte cardiaca improvvisa: il killer dei bronchitici cronici

Un nuovo studio pubblicato su *European Heart Journal* dimostra che la BPCO è un importante fattore di rischio di morte cardiaca improvvisa, soprattutto in chi ha una BPCO da più di 5 anni e presenta frequenti riacutizzazioni. I decessi per questa causa, si registrano soprattutto nelle ore notturne

Chi soffre di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è ad aumentato rischio di morte cardiaca improvvisa. Lo dimostra un lavoro appena pubblicato su [European Heart Journal](#), a firma di un gruppo di ricercatori olandesi e belgi.

Rispetto ad una popolazione di confronto dello stesso *range* di età e sesso, non affetta da patologie polmonari, i pazienti con BPCO caratterizzata da frequenti esacerbazioni presentano un rischio di morte cardiaca improvvisa maggiorato del 34; ma il rischio raddoppia nel caso di BPCO diagnosticate da oltre 5 anni e triplica nelle forme con frequenti riacutizzazioni.

Il Rotterdam *study* ha interessato circa 15 mila persone di età uguale o superiore a 45 anni ed è il primo a dimostrare una correlazione tra BPCO e aumentato rischio di morte cardiaca improvvisa. In passato era stata già evidenziata un'associazione tra BPCO e aumento di mortalità per tutte le cause.

Secondo gli autori dello studio, questo nuovo riscontro dovrebbe portare da una parte ad una più attenta valutazione del rischio di morte cardiaca improvvisa nei pazienti affetti da BPCO, dall'altra a disegnare studi per comprendere quali azioni preventive mettere in campo per questi soggetti. Tra le possibili strategie, l'impiego dei beta-bloccanti, l'impianto di defibrillatori, la sospensione dei farmaci che aumentano l'intervallo QT (es. quali antidepressivi, alcuni antibiotici).

Nonostante la morte cardiaca improvvisa rappresenti un importante problema, anche per la frequenza che la caratterizza, la stratificazione del rischio rimane un punto non risolto e probabilmente devono essere ancora ricercati una serie di ulteriori indicatori di rischio. La BPCO risulta associata ad un aumentato rischio di malattie cardiovascolari e a morte cardiaca improvvisa, in specifiche popolazioni ad alto rischio. Ma questo lavoro dimostra che la BPCO è un indicatore di rischio per morte improvvisa anche nella popolazione generale e che il rischio aumenta di pari passo all'aumentare della gravità della BPCO. "Stiamo organizzando altri studi – spiega l'autore della ricerca **Lies Lahousse**, Dipartimento di Medicina Respiratoria Ospedale Universitario di Ghent (Belgio) – per tentare di esplorare i meccanismi alla base di questo aumentato rischio di morte improvvisa nei pazienti con BPCO; stiamo inoltre studiando la relazione tra le diverse cause di aritmia, la morte cardiaca e la BPCO".

"Il modo più efficace di prevenire sia la BPCO, che la morte improvvisa - afferma **Marieke Niemeijer** co-autore dello studio, del Dipartimento Epidemiologia, Erasmus Medical Centre di Rotterdam (Olanda) - è evitare di fumare e condurre una vita sana. Tutto ciò è ancora più importante nel caso delle persone già affette da BPCO, perché è noto che il fumo e uno stile di vita sedentario e poco salutare aumentano il rischio di morte improvvisa. Smettere di fumare insomma, non solo è importante per non peggiorare il decorso della BPCO, ma anche per proteggere il cuore da una serie di problemi e dalla morte improvvisa".

La morte cardiaca improvvisa è una morte inattesa, causata da arresto cardiaco; provoca circa la metà dei 4-5 milioni di morti cardiache, che si registrano ogni anno nel mondo. Riconosce diverse cause e questo rende difficile valutare adeguatamente il rischio individuale di questa condizione e dunque pianificare eventuali strategie di prevenzione.

Dal canto suo, la BPCO è la terza causa di morte e alla base di questa condizione c'è quasi sempre il fumo di sigaretta. La sua incidenza tende ad aumentare con l'età. Lo stato di infiammazione cronica delle vie aeree porta ad una progressiva limitazione del passaggio del flusso dell'aria e questi pazienti presentano un rischio raddoppiato o triplicato di sviluppare patologie cardiovascolari.

Lo studio Rotterdam, avviato nel 1990 in Olanda, è stato condotto su circa 15 mila persone di età uguale o superiore ai 45 anni, con un *follow up* fino a 24 anni. I partecipanti vengono sottoposti a regolari visite e *check up* medici e sono monitorati in continuazione, per registrare eventuali patologie e decessi.

Gli autori belgi e olandesi di questa ricerca hanno preso in considerazione 13.471 persone per la loro analisi; di queste, 1.615 sono risultate affette da BPCO. Dei 5.197 partecipanti allo studio deceduti (il 39% di quelli arruolati inizialmente), 551 sono morti per morte cardiaca improvvisa nel corso del *follow up*; di questi, 82 (il 15%) erano affetti da BPCO, mentre i restanti 469 (85%), no. La morte improvvisa nelle persone affette da BPCO, di solito colpisce durante le ore notturne.

Maria Rita Montebelli

Mercoledì 29 APRILE 2015

Cancro al colon. Confermato il collegamento con diete ricche di grassi. E bastano appena due settimane di “bagordi” per aumentare il rischio

Al contrario passare da una dieta ad alto contenuto di grassi ad un'alimentazione ricca di fibre sembrerebbe ridurre il rischio di questo tumore sempre in sole due settimane. I ricercatori: “non è mai tardi per modificare le proprie abitudini alimentari”. La ricerca è stata condotta su 20 individui di origini africane e 20 americani che si sono scambiati le rispettive diete. Lo studio* su Nature Communications

Uno studio scientifico conferma il collegamento tra alimentazione ricca di grassi e tumore del colon, mostrando come tale collegamento possa manifestare alcuni effetti in tempi piuttosto brevi. Infatti, secondo uno studio condotto dall'Imperial College London, cambiare alimentazione e passare per sole due settimane ad una dieta ricca di grassi e proteine potrebbe comportare effetti negativi per la salute dell'intestino, e in particolare una variazione di specifici parametri collegati ad un aumento del rischio di tumore al colon. Al contrario, cambiare alimentazione, scegliendo una dieta ad alto contenuto di fibre, sembrerebbe comportare effetti benefici già dopo due settimane. Lo studio, condotto su un gruppo complessivo di 40 persone, è pubblicato* su *Nature Communications*.

Secondo i ricercatori, cambiamenti di questo genere all'interno della dieta comporterebbero in soli 14 giorni effetti “critici” rispetto ai fattori di rischio per il cancro del colon, una malattia che globalmente rappresenta la quarta causa di decesso tra i tumori. Lo studio ha preso in considerazione 20 volontari di origine Afro-americana e 20 volontari provenienti dal Sudafrica: dopo essersi sottoposti ad un esame endoscopico, i due gruppi hanno modificato le loro abitudini alimentari per due settimane, “scambiandosi” le rispettive diete per due settimane; alla fine di questo periodo tutti i partecipanti hanno ripetuto l'esame endoscopico.

Prima della modifica alimentare, l'endoscopia ha mostrato che circa la metà degli Americani presentava polipi intestinali, assenti tra i partecipanti provenienti dal Sudafrica. Dopo due settimane, gli Americani mostravano una riduzione dell'infiammazione nel colon e dei marcatori associati al tumore di quest'organo, mentre nel gruppo di persone di origini sud-africane è stata osservata una variazione critica nei biomarcatori della mucosa intestinale del cancro al colon. “Il nostro studio suggerisce che il cambiamento della dieta verso un modello marcatamente occidentale comporta variazioni del rischio di tumore al colon nella mucosa di questo organo in due settimane”, ha spiegato il Professor **Jeremy Nicholson**, che ha guidato il gruppo del Department of Surgery and Cancer all'Imperial College London. “Forse, elemento ancora più importante, il passaggio da una dieta più ‘occidentale’ ad una dieta ‘africana tradizionale’, ad alto contenuto di fibre e povera di grassi, ha comportato una riduzione di questi biomarcatori del rischio di tumore al colon in due settimane: ciò indica che **probabilmente non è mai troppo tardi per cambiare la propria dieta** al fine di ridurre il rischio individuale di cancro al colon”. In particolare, prosegue l'esperto, “i risultati suggeriscono che si può ridurre notevolmente il rischio di cancro al colon consumando più fibre. Questo dato non rappresenta di per sé una novità, ma ciò che è davvero sorprendente riguarda la rapidità e l'intensità della variazione dei marcatori del rischio in entrambi i gruppi che hanno modificato la propria dieta”.

“A partire da queste misurazioni **non possiamo affermare in maniera definitiva** che il cambiamento nella dieta avrebbe portato ad un maggior numero di tumori nel gruppo proveniente dall'Africa e minore nel gruppo proveniente dall'America”, prosegue Nicholson, “ma ci sono diverse evidenze scientifiche, fornite da altri studi, relative al fatto che i cambiamenti che abbiamo osservato rappresentano fattori del rischio di cancro”.

Un altro cambiamento, riporta lo studio, ha riguardato determinati aspetti del microbiota umano – l'insieme dei batteri intestinali dell'individuo – e del metaboloma (l'insieme dei metaboliti, cioè di tutte le sostanze che hanno un ruolo nei processi biologici dell'organismo) noti per essere associati allo stesso rischio. In base allo studio, il cambiamento nell'alimentazione induce una variazione nelle modalità con cui i batteri intestinali modificano il metabolismo per adattarlo alla nuova dieta. In particolare, nel gruppo americano i ricercatori hanno osservato un aumento della produzione del *butirrato*, un sottoprodotto del metabolismo delle fibre che presenta importanti effetti anticancerogeni.

A tal proposito **James Kinross**, chirurgo coloproctale e componente del gruppo di ricerca dell'Imperial College London, ha commentato così i risultati appena ottenuti: “questa ricerca mostra che i batteri intestinali sono essenziali nel mediare il collegamento tra la dieta e il cancro del colon. Ciò significa che possiamo pensare di sviluppare terapie mirate su tali batteri quali strategie per prevenire e trattare il cancro”.

Inoltre, i risultati dello studio “sollevano seri dubbi rispetto al fatto che la progressiva ‘occidentalizzazione’ delle comunità africane possa portare alla comparsa del cancro al colon quale problema sanitario importante”, ha dichiarato Nicholson. Tuttavia, affinché i tassi di rischio cambino sensibilmente è necessario che trascorra un lasso di tempo piuttosto lungo, spiega l'esperto. “Studi su popolazioni giapponesi emigrate alle Hawaii hanno mostrato che deve trascorrere un periodo pari ad una generazione affinché l'occidentalizzazione della dieta faccia aumentare la ridotta incidenza di cancro al colon fino ai tassi elevati osservati tra i nativi Hawaii”.

Lo studio è stato finanziato dai National Institutes of Health negli Stati Uniti e dal National Institute for Health Research Imperial Biomedical Research Centre nel Regno Unito.

Viola Rita

* Stephen J. D. O'Keefe, Jia V. Li, Leo Lahti, Junhai Ou, Franck Carbonero, Khaled Mohammed, Joram M. Posma, James Kinross, Elaine Wahl, Elizabeth Ruder, Kishore Vipera, Vasudevan Naidoo, Lungile Mtshali, Sebastian Tims, Philippe G. B. Puylaert, James DeLany, Alyssa Krasinskas, Ann C. Benefiel, Hatem O. Kaseb, Keith Newton, Jeremy K. Nicholson, Willem M. de Vos, H. Rex Gaskins, Erwin G. Zoetendal. Fat, fibre and cancer risk in African Americans and rural Africans. *Nature Communications*, 2015; 6: 6342 DOI: 10.1038/ncomms7342