



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La fattura digitale

Da oggi scatta
la procedura elettronica
per 42 mila uffici pubblici
Il rebus dell'Iva

di **Isidoro Trovato**

Come se fosse il D-Day. Da oggi scatta l'obbligo della fatturazione elettronica per tutti i fornitori della pubblica amministrazione. Si tratta della fase due di un'operazione iniziata il 6 Giugno 2014 per le fatture emesse nei confronti della pubblica amministrazione centrale: ministeri, agenzie fiscali ed enti nazionali di previdenza. Stavolta invece, secondo l'Osservatorio fatturazione elettronica del Politecnico di Milano, saranno 12.250 gli enti coinvolti: Regioni, Province, Comuni, scuole, università, Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura, aziende del servizio sanitario nazionale e non solo. L'obiettivo è raggiungere 42.361 uffici pubblici e oltre un milione 900 mila aziende, a regime, tra fornitori ricorrenti e occasionali.

Una rivoluzione copernicana che ha scatenato le immanicabili polemiche da parte di imprese e professionisti che protestano per i costi e le complessità dell'operazione. Mugugni a cui la Pubblica amministrazione ribatte che con la fatturazione elettronica sarà abbattuto l'80% del costo di ogni documento cartaceo. Inoltre, secondo l'Osservatorio del Politecnico, quando la digitalizzazione andrà a regime porterà circa un

miliardo di euro di risparmio per lo Stato. Senza considerare che la tracciabilità delle fatture genererà maggiore controllo e una totale mappatura della spesa pubblica.

Insieme alla fattura digitale però avanza anche un'altra novità: si chiama split payment e può avere effetti dirompenti per le imprese che lavorano con la pubblica amministrazione. In pratica alle imprese fornitrici della Pa verrà pagato il corrispettivo senza l'Iva con tutti i ritardi che ciò comporta. Per esempio: un'impresa che fornisce pane a una mensa scolastica, dopo aver pagato l'Iva sulla farina che acquista, non incassa più quella sul pane che vende alla mensa. E la scuola versa l'Iva direttamente allo Stato.

Ma cosa succede all'impresa con l'Iva che ha versato per comprare la farina? Per riaverla, dovrà aspettare fino a 15 mesi. L'Osservatorio sulla tassazione delle piccole imprese della Cna ha calcolato che le imprese fornitrici della Pa non incasseranno più dalla pubblica amministrazione circa 18 miliardi di Iva l'anno ma continueranno a pagarne circa 15 miliardi ai fornitori. Non sarà colpa della fatturazione elettronica ma potrebbe diventare una micidiale conseguenza.

Le tappe

● Oggi martedì 31 marzo scade il termine per tutte le amministrazioni pubbliche per passare alla fattura digitale. Al momento, su oltre 21 mila amministrazioni coinvolte, sarebbero 449 quelle che sono in ritardo con la fatturazione elettronica

● Nella lista figurano realtà di ogni tipo: tante unioni di piccoli comuni, diversi parchi regionali ed enti per il turismo, ma anche l'Upi, l'Unione delle Province italiane, l'Uncem, ovvero il sindacato della montagna, e non poche federazioni sportive, dall'atletica (Fidal) fino al nuoto (Fin)

● L'operazione anticipa la scadenza dei pagamenti telematici (tasse, bollette e rate)

3 La compilazione

I codici da controllare prima dell'invio



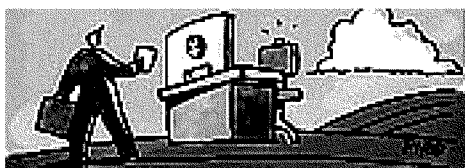
Inutile negarlo, almeno all'inizio la fatturazione elettronica comporterà problemi perché non sempre arriva a buon fine. All'inizio della prima fase la percentuale dei rigetti era del 40%, ma a fine 2014 gli inoltri sbagliati erano ormai solo il 13%. Ma quali sono gli errori da non commettere se si vuole evitare che la fattura venga rigettata? Innanzitutto la stessa fattura non può essere inviata più volte. Poi è bene controllare i riferimenti della fattura: il Cig (Codice Informativo di gara), il Cup (Codice unico di progetto), l'Ipa (Indice della Pa che identifica in modo univoco l'ufficio di competenza nella pubblica amministrazione) e i codici d'identificazione fiscale (numeri di partita Iva)

Inoltre chi eroga il servizio d'invio e conservazione del documento digitale deve fare un controllo preventivo sulla correttezza della fattura, prima della trasmissione allo Sdi e comunicare all'impresa le notifiche dello Sdi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

3 La verifica

Entro quindici giorni la conferma della Pa



Ma cosa succede una volta inviata la fattura? Una chiara indicazione la forniscono Infocert e Sia, aziende specializzate nello sviluppo di soluzioni informatiche per la dematerializzazione dei documenti. La fattura inviata alla Pa viene controllata automaticamente dal Sistema d'interscambio (Sdi), per verificarne la correttezza. La Pa che riceve la fattura deve indicare l'esito dell'operazione entro 15 giorni, con l'accettazione o no della fattura. Se viene scartata, è come se non fosse stata emessa: la si può correggere e reinviare con lo stesso numero. Se l'esito non arriva entro 15 giorni, lo Sdi dichiara concluso il processo e invia una notifica di decorrenza termini. A quel punto sarà necessario contattare direttamente la Pa interessata. Se invece si vuole mantenere un unico registro per tutte le fatture, verso la Pa e verso privati, è necessario conservare su un registro (digitale) tutte le fatture, anche quelle non destinate alla Pa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

3 Gli enti

Gli adeguamenti e il caos dei ritardi



Una novità di tale portata non poteva evitare turbolenze e contestazioni. Al di là dei costi di avviamento che (assicura l'Agenzia delle Entrate) saranno recuperati una volta che il sistema sarà giunto a regime, resta il caos potenziale in partenza. Il numero degli enti pubblici coinvolti è tale che molti di loro faranno fatica ad adeguarsi subito alla nuova norma. C'è chi scommette che non saranno pochi coloro che da aprile non saranno in grado di ricevere le fatture elettroniche. Non bisogna dimenticare che nel 2014 fu addirittura il ministero della Giustizia ad alzare bandiera bianca dichiarandosi impreparato ad accogliere l'enorme mole di fatture elettroniche. Quella defezione portò al congelamento di migliaia di pagamenti per mesi. Stavolta il meccanismo è più oliato ma riguarderà molti più enti, gran parte dei quali piccoli e poco avvezzi al digitale (per esempio le federazioni sportive). Aspettarsi che tutto fili liscio da subito sembra un po' pretenzioso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fisco digitale. Da oggi obbligatorio l'utilizzo dello strumento nei rapporti con la pubblica amministrazione

«E-fattura» con dati vincolati

Nel caso di errore il documento elettronico non raggiunge i destinatari

Alessandro Mastromatteo
Benedetto Santacroce

Parte oggi la seconda fase dell'obbligo di **fatturazione elettronica** estesa a tutte le **pubbliche amministrazioni** ed ai loro fornitori, dopo la partenza dello scorso 6 giugno 2014 che ha interessato solamente ministeri e loro articolazioni, Agenzie fiscali ed enti di previdenza ed assistenza.

Per la corretta emissione delle fatture elettroniche e la loro veicolazione tramite il Sistema di Interscambio - SdI è fondamentale il rispetto delle regole tecniche di cui al decreto ministeriale n. 55 del 2103 e delle correlate specifiche operative. A tale riguardo, i report rilasciati con cadenza mensile dal SdI offrono importanti spunti di riflessione ad operatori ed amministrazioni fornendo una visione di insieme del funzionamento dell'intera procedura. I dati statistici sintetici sono infatti il risultato delle elaborazioni effettuate dai sistemi informatici che governano sia la fase di ricezione che quella di inoltro delle fatture elettroniche alle amministrazioni. Ad esempio riscontrare le tipologie di codici ufficio utilizzati per la trasmissione ed analizzare la casistica degli errori più frequenti rilevati nel periodo di riferimento, possono costituire valide ed utili metodologie per con-

trollare i flussi di fatturazione in uscita per gli operatori e delle comunicazioni e dei controlli in entrata per le amministrazioni.

Al di là della non conformità del file rispetto al formato, fisiologica in ragione del nuovo tracciato di fattura Pa rilasciato il 2 febbraio 2015, per i fornitori l'errore in assoluto più frequentemente riscontrato consiste nell'erronea nomenclatura e nell'unicità del file, il quale risulta di conseguenza duplicato e non valido. Infatti, una volta predisposto, il file fattura deve essere nominato secondo la specifica nomenclatura oggetto di controllo formale da parte di SdI, indicando il Codice Paese, costituito da due caratteri, l'Identificativo univoco del Trasmittente ed il Progressivo univoco del file. La verifica è finalizzata ad intercettare l'eventuale invio accidentale di un medesimo file. Lo SdI controlla non solo che la nomenclatura sia conforme alle specifiche tecniche ma anche l'assenza di un precedente file inviato con il medesimo nome: in questo caso si procederà allo scarto del file a meno che la duplicazione riguardi un file per il quale risulti trasmessa una notifica di file non recapitabile.

Il file viene rifiutato se il "nome file" è già presente nel

SdI oppure se il nominativo non è conforme. Prima dell'inoltro, viene anche controllata l'unicità della fattura per escludere che la stessa sia stata già trasmessa ed elaborata. Il controllo si sofferma su alcuni dati quali identificativo cedente/prestatore, tipologia documento, anno e numero fattura. Il file non viene inoltrato da SdI se questi dati coincidono con quelli di una fattura precedentemente trasmessa e per la quale non sia stata inviata al soggetto trasmittente una notifica di scarto, di file non recapitabile oppure di rifiuto. A tale proposito, tra le risposte rese nel corso di un workshop, tenuto lo scorso 9 marzo 2015 ed organizzato dall'Osservatorio del Politecnico di Milano su fatturazione elettronica e dematerializzazione, di particolare importanza è quella che ha trattato i comportamenti da seguire in caso in cui la fattura abbia superato i controlli formali di SdI ma venga rifiutata dal destinatario decorsi i quindi giorni dall'invio. In questo caso, la trasmissione della notifica di decorrenza dei termini impedisce ad amministrazione e fornitore di interagire, con riguardo alla cessione o prestazione fatturata elettronicamente, tramite SdI. Può essere tuttavia utilizzato qualsiasi altro canale. Sarà compito quin-

di del fornitore interfacciarsi con l'amministrazione per richiedere informazioni relativamente alla fattura che risulta correttamente trasmessa.

Il credito vantato nei confronti dell'amministrazione viene comunque automaticamente caricato sulla piattaforma certificazione crediti - Pcc. Lo stato di avanzamento della fattura potrà quindi essere costantemente monitorato, tenuto conto che l'amministrazione destinataria deve periodicamente interagire sulla Pcc. La notifica di decorrenza termini, impedisce inoltre il nuovo invio della medesima fattura caratterizzata da data e numerico identico a quella per la quale sono decorsi i termini. Altro importante chiarimento ha riguardato il momento di decorrenza dei termini di pagamento che coincide con la data di ricezione della fattura Pa da parte dell'amministrazione destinataria come riportata sulla ricevuta di consegna trasmessa da SdI al fornitore.

In sintesi

01 | **SECONDA FASE AL DECOLLO**

Decolla oggi la seconda fase dell'obbligo di fatturazione elettronica estesa a tutte le pubbliche amministrazioni ed ai loro fornitori. La prima fase del progetto è scattata lo scorso 6 giugno 2014 e ha interessato soltanto ministeri e loro articolazioni, Agenzie fiscali, enti di previdenza ed assistenza.

02 | **LA CORRETTA EMISSIONE**

I report rilasciati con cadenza mensile dal Sistema di Interscambio (SdI) offrono importanti spunti di riflessione agli operatori e alle amministrazioni

fornendo una visione di insieme e corretta del funzionamento dell'intera procedura. Fondamentale è il rispetto delle regole tecniche di cui al decreto ministeriale numero 55 del 2103 e delle correlate specifiche operative.

03 | **COSÌ LA DECORRENZA DEI TERMINI**

Un chiarimento molto importante ha riguardato il momento di decorrenza dei termini di pagamento che coincide con la data di ricezione della fattura Pa da parte dell'amministrazione destinataria come riportata sulla ricevuta di consegna trasmessa da SdI al fornitore.

Lunedì 30 MARZO 2015

I tagli della Stabilità. Slitta la scadenza del 31 marzo per la nuova intesa Stato Regioni

“Ci sono alcuni aspetti tecnici ancora da approfondire e probabilmente ci vorrà ancora una, massimo due settimane per definire l’Intesa” anche se per un provvedimento normativo si dovrà aspettare fine aprile. Lo confermano Regioni e Ministero specificando che la scadenza del 31 marzo sarà ritenuta “non vincolante”. Lorenzin propone tagli selettivi mentre le Regioni puntano ad interventi più uniformi sulle grandi leve di spesa.

“Ci sono alcuni aspetti ancora da approfondire e probabilmente ci vorrà ancora una, massimo due settimane per definire l’Intesa” che deve stabilire nello specifico dove saranno allocati i 2,5 mld di riduzione del Fondo sanitario 2015 (2 miliardi in meno per le Regioni ordinarie e 352 milioni per quelle a statuto speciale oltre a 285 milioni di finanziamenti in meno per l’edilizia ospedaliera). Secondo quanto si apprende da fonti regionali, slitta la scadenza del 31 marzo (domani ndr) che sarà ritenuta “non vincolante” dalle due parti.

La conferma del rinvio arriva anche dal Ministero della Salute che evidenzia come “ci saranno nei prossimi giorni degli ulteriori incontri” per definire le misure. Secondo quanto si apprende è “probabile che l’intesa politica si possa raggiungere anche in settimana” mentre i tempi per il provvedimento di legge vero e proprio che dovrà recepire i punti salienti dell’intesa dovrebbero slittare a fine aprile

In ballo, al di là, dei numeri precisi, vi sarebbe la proposta ministeriale che prevederebbe misure più selettive su sprechi e costi standard e la versione delle Regioni che dovrebbe incidere in modo uniforme più sulle “grandi leve” della spesa sanitaria. La sensazione è che un compromesso sia molto vicino e che si stia ragionando per una riduzione dell’impatto sul settore farmaceutico.

L.F.

Spending review. Conferenza Stato-Città

Comuni e Province, oggi arrivano i tagli da 2,2 miliardi

Gianni Trovati

MILANO

È oggi la giornata campale per la **spending review** negli **enti locali**, ma non succederà tutto quello che il ricchissimo calendario ha messo in conto per oggi.

Partendo dai dati più certi, nella Conferenza Stato-Città in programma a mezzogiorno il Governo presenterà la distribuzione dei tagli di Comuni e Province, un conto da 2,2 miliardi di euro per quest'anno. Per i Comuni, Governo e sindaci sembrano vicini sulle modalità di distribuzione del taglio, che non replicheranno i parametri utilizzati per distribuire la stretta da 563,4 milioni chiesta dal decreto sul bonus Irpef (sforbiciata proporzionale ai Comuni interemdi) ma dovrebbero essere parametrati alle risorse standard di ogni ente. Il quadro però è ancora in movimento sulle modalità di distribuzione del fondo di solidarietà comunale, cioè l'altra gamba dei provvedimenti in at-

tesa oggi, ed è solo dall'incrocio di questi due fattori che può scaturire il quadro delle risorse 2015 di ogni Comune.

Se i sindaci attendono di conoscere la geografia di tagli da 1,2 miliardi, per Province e Città metropolitane la partita vale un miliardo (900 milioni nei territori a Statuto ordinario). In questo quadro, il taglio dovrebbe essere distribuito per un quarto sulle Città e per il resto sulle Province. I risultati definitivi di queste due mosse dipenderanno infine anche dalle clausole di salvaguardia che saranno poste per evitare un taglio troppo drastico sui singoli enti, e che in genere accompagnano questi provvedimenti quando cambiano i parametri di distribuzione rispetto all'anno precedente.

Nel calendario delle Province e delle Città metropolitane, però, sotto la data di oggi è segnata un'altra scadenza importante: in base al programma scritto nella circolare 1/2015 dei ministeri della Pa e degli Affari regio-

nali, gli enti di area vasta dovrebbero infatti aver individuato con nome e cognome il personale «in soprannumero», cioè gli esuberanti da collocare o da portare in pensione con le regole pre-Formero entro fine 2016. Questo passaggio, però, non è avvenuto, e al massimo alcune amministrazioni hanno stabilito ufficialmente quanto costa il personale in eccesso, pari al 50% del totale per le Province e al 30% per le Città metropolitane. Tagli e riorganizzazione del personale sono legati a doppio filo, perché dall'alleggerimento degli organici dipende gran parte della possibilità di realizzare davvero i risparmi chiesti dalla manovra.

Il problema, però, rimane su gran parte del territorio l'inattuazione della riforma Delrio, che chiede alle Regioni di decidere a chi vanno le funzioni ex provinciali. Oltre alla Toscana, solo la Liguria ha approvato la propria legge, e fra gli inadempienti ci sono anche molte delle Regioni che vanno al voto. Tagli

o non tagli, insomma, il personale rischia di rimanere in carico alle Province ancora a lungo.

L'ultima scadenza di oggi riguarda le partecipate: enti territoriali, università e autorità portuali devono entro oggi inviare alla Corte dei conti i propri «piani di razionalizzazione», con l'obiettivo di tagliare doppioni, scatole vuote e società lontane dai fini istituzionali degli enti. Anche da questo punto di vista, però, i ritardi sono diffusi, e servirà probabilmente più tempo anche perché la norma, vale a dire la piccola parte del «piano Cottarelli» finita nella legge di stabilità, non prevede sanzioni.

gianni.trovati@ilssole24ore.com

IN RITARDO

Gli enti di area vasta dovrebbero indicare i nomi degli «esuberanti» ma manca ancora il quadro delle funzioni

Testimonianza
Paul Farmer: «medico dei poveri» per merito del teologo Gutiérrez

FAZZINI A PAGINA 19

Dialoghi. *Dalla teologia della liberazione alla cura della malattia nel Sud del mondo: faccia a faccia fra Gustavo Gutiérrez e Paul Farmer*

La MEDICINA dei poveri

Lui è un antropologo e medico americano: leggendo le opere del teologo peruviano ha deciso di dedicarsi ai più disperati, «malati perché poveri», da Haiti al Ruanda. In un libro si confrontano su fede e opere. Il modello? Bartolomeo de Las Casas

LORENZO FAZZINI

La teologia è solo materia per accademici, preti e studiosi? Oppure può informare la vita, plasmare un impegno professionale, smuovere una scelta esistenziale? La domanda non è oziosa. Di risposte ve ne possono essere diverse, e per lo più positive. Una di queste arriva da Oltreoceano. Ha per oggetto la teologia della liberazione, in particolare Gustavo Gutiérrez, il suo fondatore, oggi religioso domenicano. E la persona in questione è il direttore del dipartimento di medicina sociale alla prestigiosa Harvard Medical School. Si chiama Paul Farmer, di lavoro è medico, di formazione anche antropologo. E proprio grazie ai libri di Gutiérrez (in particolare il suo fondativo *Teologia della liberazione e Bere al proprio pozzo*, entrambi editi da

Queriniana) ha deciso di dedicarsi alla cura sanitaria dei più poveri, fondando un ong - Partners in Health (Pih) - oggi impegnata in diversi paesi del mondo, soprattutto in Ruanda e in Haiti, isola nella quale Farmer è inviato speciale dell'Onu. La relazione tra Farmer e Gutiérrez, feconda per entrambi, amicale da più di vent'anni, stimolante per la sua interdisciplinarietà, si è da poco condensata in un libro, *In the Company of the Poor*, "A fianco del povero", (Orbis Book, pp. 206, \$24), da poco nelle librerie americane. Proprio dal dialogo tra queste due personalità, prima a distanza tramite i loro scritti, poi *de visu* in diversi incontri, emerge la singolare contaminazione tra teologia e sanità che i due portano avanti. Farmer racconta come fu l'uccisione di monsignor Romero (1980), quando era un giovane studente, a suscitare in lui l'interesse per l'America latina e la lotta per la giustizia che quel con-

tinente stava vivendo, oppresso per lo più da dittature di matrice militari e liberticide. Quando poi si trovò in prima linea come medico ad Haiti e in Perù, iniziò a leggere i testi di Gutiérrez trovandovi la direttrice ispiratrice più convincente per un medico come lui: «Nella maggior parte dei casi le malattie preferiscono i più poveri. Il povero è più malato del non povero», asserisce oggi. E così «leggendo i libri di Gutiérrez mentre stavo curando malati in condizioni disperate, la maggior parte dei quali sopravvivevano

ma erano malati proprio perché poveri (questo avviene soprattutto ad Haiti), capivo con molta chiarezza come la povertà e la privazione costituivano quello che i teologi della liberazione chiamavano "peccato strutturale", una barriera per il fiorire dell'uomo, in Perù come ad Haiti».

E proprio il pensiero di Gutiérrez ha educato il giovane Farmer (che negli Usa è una vera e propria celebrità: quando sul suo profilo social ha postato la notizia dell'uscita di *In the Company of the Poor*, in un giorno ne sono state vendute 10 mila copie!): «I teologi della liberazione sono tra i pochi che si sono preoccupati di sottolineare le mancanze del sistema dei diritti umani». Dunque, cosa insegna la teologia della liberazione alla medicina? «Quando i bambini vivono in povertà muoiono di gastroenterite e di malnutrizione, e non si trova un responsabile per questo, la teologia della liberazione trova come colpevole l'intera nozione di diritti umani così com'è definita dalle democrazie liberali».

In particolare Farmer sottolinea come la teologia di Gutiérrez sia stata precisa e corretta nel definire

cosa sia la povertà, identificando quelle "strutture di peccato" che anche il magistero sociale della Chiesa - da Paolo VI a Francesco oggi - considera qualcosa di oggettivamente errato e

malvagio: «La violenza strutturale è l'ineguaglianza per la quale non esiste un colpevole, ma solo

il fatto che "le cose sono così"».

È allora possibile elaborare una me-

dicina ispirata alla teologia della liberazione? Farmer ne è convinto e lo spiega così: «Primo, cercare le cause radicali del problema della povertà; secondo, assumere lo sguardo dei poveri e incorporare questo sguardo nelle osservazioni, nei giudizi e nelle azioni». Imparando da un grande missionario come Bartolomeo de las Casas la capacità di denunciare l'ingiustizia che si tocca con mano quando si indossa un camice e si opera in un ospedale: «Gli indios stanno morendo prima del loro tempo».

Da parte sua Gutiérrez - che ha fatto conoscenza di Farmer nel 1994, quando questi andò a trovarlo nella sua parrocchia in una bidonville di Lima - precisa e rilancia il punto di partenza del suo pensiero, che non è un'analisi sociologica bensì una convinzione decisamente teologica: «La teologia della liberazione inizia da una domanda: come dire a un povero "Dio ti ama"? Questa è la nostra chiamata alla testimonianza come seguaci di Gesù, sebbene la domanda sia più grande della nostra capacità di rispondere».

E anche sulla formulazione classica "opzione preferenziale per i poveri" - che Gutiérrez ricorda esser stata ribadita da Benedetto XVI, il quale ad Aparecida disse che essa è "implicita" nell'annuncio evangelico -, il teologo di Lima precisa il senso della lotta alla povertà: «Liberazione dal peccato è liberazione dal rifiuto dell'amore. La povertà è veramente una mancanza di onorare la creazione. Questa frase non è mia, ma di un ex padre generale dei gesuiti [che si tratti di padre Arrupe?, ndr]. La povertà è una mancanza di seguire la volontà di Dio come una volontà di vita; la povertà è contraria a questa volontà di realizzare la creazione».



Dagli stregoni ai Lincei dieci secoli di medicina negli antichi codici

LA MOSTRA

“**D**E HUMANIS corporis fabrica”. Antichi codici e testi rari, nella Biblioteca nazionale rivive la storia della medicina. A ripercorrere le tappe dell'arte sanitaria tra VI e 18esimo secolo è la mostra inaugurata durante l'incontro sui “Codici: medicina, lingua e diritto” nell'ambito della rassegna “Segni: arte, cura e pensiero”, organizzata da Premio Napoli ed Sdn con il coordinamento scientifico di Gennaro Carillo, or-

dinario di Storia del pensiero politico al Suor Orsola Benincasa.

Quattro le sezioni espositive: dalle pratiche arcaiche degli stregoni all'insegnamento ippocratico, dalle credenze medievali ai progressi della Scuola medica salernitana dove la cultura scientifica ebraica, araba e greca, va a innestarsi nelle innovazioni che scandiscono '500 e '600. A testimoniare oltre dieci secoli di medicina, materiali qualificanti come l'edizione veneziana, in greco, dell'opera di Ippocrate, il medico per antonomasia, che segue di un solo anno l'editio princeps in latino. Appartiene al XIV secolo invece il manoscritto miniato del

commento di Galeno agli Aforismi di Ippocrate in cui il medico viene raffigurato sia di fronte al malato, sia come docente. E c'è anche lo spazio dedicato alla medicina araba di Avicenna e Averroè, come ai testi della Scuola salernitana. Oltre a quelli di Plinio, Dioscoride, Teofrasto, ecco l'Hortus sanitatis del 1491. Eppoi, la raffigurazione accademica del corpo umano che parte dall'epoca precedente ad Andrea Vesalio con le tavole del Fasciculus sanitatis di Johannes de Ketham, tra i più importanti proutuari medici del XV secolo. Ma chi era Vesalio? Fu “lettore”, alla fine degli anni '30 del '500, di chirurgia e anatomia a Padova, l'ateneo più prestigioso dell'epoca. E fu sempre lui a rivoluzionare la rappresentazione anatomica del corpo umano con l'opera *De humani corporis fabrica*, edita a Basilea nel 1543 insieme ad una versione ridotta per gli studenti. Nel passaggio al '600 saranno le accademie, oltre alle università, a imporre un nuovo modello di studio e ricerca, in particolare l'Accademia dei Lincei fondata da Federico Cesi nel 1603 insieme a Federico Stelluti, Anastasio de Filiis e Johannes van Heeck (medico e naturalista olandese). Ma c'è anche tanta Napoli e le sue testimonianze nell'arte medica, con rappresentanti che si contendono la fama. Ed ecco i taccuini medici di Domenico Cirillo

“*De humanis corporis fabrica*”
esposti alla Biblioteca
nazionale volumi storici
dell'arte sanitaria

sopravvissuti alle tragiche vicende del 1799. Come pure le lezioni, i consulti clinici e le corrispondenze di Domenico Cotugno, cardini che segnano il passaggio alla medicina del nuovo secolo. La mostra sarà aperta fino al 18 aprile.

(g. d. b.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Salute
Prevenzione in calo
Ma i centenari
sono diciassettemila

ALESSIA GUERRIERI

Un popolo dalla scorza dura. Nonostante i cattivi stili di vita, l'amore per forchetta e divano, l'allarme screening soprattutto per i tumori prevedibili - quello al polmone (+17% in 10 anni) e alla mammella (+10%) in testa - gli italiani vedono salire la speranza di vita fino a 79 anni per gli uomini e 84 per le donne.

A PAGINA 10

Cala la prevenzione e ci si ammala di più

Ma i centenari sono raddoppiati

Università Cattolica

**Luci e ombre
nell'Osservasalute 2014. La
sanità pubblica carente e stili
di vita non salubri della
popolazione contribuiscono
all'aumento dei tumori**

ALESSIA GUERRIERI
ROMA

Un popolo dalla scorza dura. Nonostante i cattivi stili di vita, l'amore per forchetta e divano, l'allarme screening soprattutto per i tumori prevedibili - quello al polmone (+17% in 10 anni) e alla mammella (+10%) in testa - gli italiani vedono salire la speranza di vita fino a 79 anni per gli uomini e 84 per le donne. Persino a fronte di un sistema nazionale che continua ad esser carente in prevenzione e vede un'inarrestabile emorragia di personale (-30%) per far quadrare i bilanci. Informa-

zione, medicina preventiva e riorganizzazione dei servizi così restano le strade per la sanità del futuro. A tratteggiare il quadro poco consolante della salute dei cittadini e quello altrettanto preoccupante del sistema pubblico, il rapporto Osservasalute 2014, presentato ieri al Policlinico Gemelli di Roma. Con qualche piccolo traguardo da festeggiare, però. Innanzitutto il numero di chi spegne candeline a tre cifre, raddoppiato in pochi anni, arrivato a toccare quasi 17mila unità, e la percentuale di quelli che muoiono per inefficienze sanitarie sceso del 6%. Come pure il deciso avanzamento del processo di modernizzazione delle Asl - il 56% è 2.0, mentre nel 2013 ci si fermava al 32% - e dell'assistenza domiciliare integrata, cresciuta del 6% in tre anni. Le buone notizie, tuttavia, terminano qui. Alimentazione sbagliata e sedentarietà - unite alle precarie condizioni economiche che fan-

no rinunciare alle cure, ma anche alla palestra - non fanno arrestare la crescita del numero dei "ciccioielli", oggi uno su due, e dei pantofolai: il 36% degli uomini e il 48% delle donne. Anche nel salutistico Settentrione. Si è restii a cambiare abitudini, così come a guardare con serio interesse la prevenzione; un settore in realtà trascurato anche delle Regioni, «che spendono in media il 3,5% del proprio budget, con punte al ribasso fino all'1%», dice il responsabile Osservasalute Walter Ricciardi, quando si dovrebbe arrivare ad «almeno 5 miliardi di euro». Laddove, infatti, si è investito su screening a tappeto i risultati si vedono: -33% del tumore all'utero. Ma la cura per il malato Sanità italiana, per il docente di Igiene della Cattolica, passa inoltre attraverso la presa di coscienza che la salute «è un bene d'interesse nazionale» e che molto può fare pure la scuola, perché se «abbiamo i bambini più obesi e quelli meno sportivi al mondo qualche problema c'è. Gli insegnanti devono saper trasmettere anche buoni stili di vita». È vero si muore meno di

cronicità, ma suicidi tra gli anziani ed antidepressivi restano i due grandi mali da combattere. A diminuire, invece, è il tasso di mortalità tra i più piccoli (3 su mille), anche se al Sud c'è un rischio maggiore di 1,4 volte rispetto al Nord di non sopravvivere nei primi anni di vita. Tornano in più a far paura malattie che sembravano dimenticate, per via delle vaccinazioni in caduta libera, sia tra i bambini che tra gli anziani. «Per patologie come morbillo e rosolia - ricorda infatti il segretario scientifico dell'Osservatorio sulla salute Alessandro Solipaca - siamo sotto i livelli stabiliti dall'Oms», così come per il vaccino antinfluenzale degli over65 e «questo ne determina molto le loro condizioni di salute», il costo per il sistema sanitario e «l'assistenza che grava sulle famiglie». Da qualsiasi parte si leggano i dati, comunque, a ritornare è sempre il tema prevenzione e diffusione di consapevolezza, ancor più se si considera che quasi un cittadino su due non si presenta agli screening gratuiti e che si saltano spesso le prestazioni non salva-vita perché mancano i soldi del ticket. «Dobbiamo perciò ripensare le modalità di prevenzione e combattere il negazionismo scientifico» per Roberta Siliquini, ordinario di Igiene dell'università di Torino, perché «minori ammalati ora, sono un investimento domani».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità. L'annuale rapporto coordinato dall'Università Cattolica di Roma rileva l'ulteriore aumento dell'aspettativa di vita e dei centenari. Ma crescono le malattie croniche. E gli italiani continuano ad allontanarsi dallo stile di vita salutare e dai controlli

Italiani sedentari e sovrappeso ma avanza l'esercito dei longevi

MICHELE BOCCI

Gli italiani vivono più a lungo ma l'invecchiamento della popolazione e la scarsa prevenzione rischiano di riempire il nostro Paese di malattie croniche. Da una parte il nostro tempo si allunga, dall'altra c'è il rischio di campare di più soffrendo di malattie importanti. Il rapporto Osservasalute dell'Osservatorio sulla salute nelle regioni italiane con sede all'università Cattolica di Roma, conferma le tendenze più preoccupanti degli ultimi anni in fatto di sanità. Il nostro è un Paese dove non si fa abbastanza attività fisica, si ingrassa, per certi tumori si fa poca prevenzione e si prendono troppi farmaci, in particolare antidepressivi.

Come ormai risaputo, in Italia si vive di più e nel giro di 10 anni, dal 2002 al 2012 la speranza di vita per gli uomini è passata da 77,2 a 79,6 anni e per le donne da 83 a 84,4 anni (e i centenari nel 2013 erano 16 mila contro i 6 mila di dieci anni prima). Anche la mortalità infantile è diminuita ma maggiormente al Nord rispetto al Sud. Vivere di più vuol dire anche vedere crescere l'incidenza di malattie croniche, come quelle respiratorie o cardiologiche, il diabete, i problemi muscolo scheletrici. Si stima che le persone che soffriranno di questi problemi nel 2024 saranno il 20% della popolazione contro l'attuale 15%. Sul fronte dei tumori, il grande problema di questi anni è l'aumento dell'incidenza di quello al polmone tra le donne (+17,7% tra il 2003 e il 2013). E questo gioco forza ha a che fare con il vizio del fumo. Per gli uomini vanno male i dati che riguardano il tumore al colon retto (+6,5%). «A fare le spese di questo peggioramento del qua-

dro epidemiologico - scrivono dall'Osservatorio - è soprattutto il Sud, dove gli aumenti sono più marcati». La proposta è quella di aumentare gli investimenti nel campo della prevenzione. Che questo tipo di attività funzioni lo dimostrano i dati del tumore alla cervice uterina, entrato ormai da tempo nelle attività di screening e sceso per incidenza del 33% in dieci anni.

Nel rapporto si prendono in considerazione anche gli stili di vita, in particolare legati all'alimentazione e all'attività fisica. Vengono considerati «pessimi» perché aumenta la sedentarietà e cresce il numero delle persone sovrappeso e obese, arrivate ad essere il 45,8% della popolazione. Riguardo ai farmaci, si segnala un aumento continuo del consumo degli antidepressivi.

Il documento è stato realizzato con il contributo di 195 esperti di sanità pubblica che lavorano nelle università e negli enti nazionali o locali che si occupano di sanità. Nel rapporto si danno anche giudizi di qualità sulle regioni. Il Piemonte ad esempio è quella dove le donne muoiono meno per malattie cardiache ma di più per cause violente. La Lombardia ha dati ottimi per il diabete, ma non per la vaccinazione contro l'influenza. Il Veneto ha la quota più bassa di ricoveri ma i tempi di degenza maggiori. L'Emilia la migliore assistenza domiciliare ma i dati peggiori per il tumore al colon tra gli uomini. In Toscana i ricoveri sono più brevi ma ci sono troppi fumatori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FLASH

Autismo

Giovedì 2 Aprile la giornata mondiale dedicata all'autismo voluta dalle Nazioni Unite. Intanto il relativo disegno di legge nazionale prosegue il suo percorso legislativo

Ricerca

Fino al 24 aprile medici e ricercatori possono concorrere al Discovery Fast Track Challenge 2015. I selezionati avranno a disposizione le strutture di ricerca Gsk per sperimentare le cure che stanno studiando. Il bando su www.gsk.com/discoveryfasttrack

Leucemie

Avviato il "Progetto Sostegno", campagna di informazione AIL (Associazione Italiana Leucemie) sostenuta da Takeda. Scopo, agevolare il dialogo tra medici e pazienti con iniziative e riunioni con i più importanti specialisti italiani per affrontare al meglio i percorsi terapeutici. Info: www.ail.it

Amiotrofia

Con un contributo di almeno 10 euro, si comprano colombe e uova di cioccolato pregiati per sostenere l'Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica (Aisla). Info, www.aisla.it

Psoriasi

Al 73° convegno annuale dell'American Academy of Dermatology (AAD) a San Francisco, i risultati dello studio "Clear" sulla psoriasi. I dati dimostrano che secukinumab induce la risoluzione completa o quasi delle manifestazioni cutanee nei pazienti affetti da psoriasi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tumori, confermato trend in crescita, più marcato nelle regioni meridionali

LE REGIONI: I RECORD

VALLE D'AOSTA

Migliore gestione delle fratture del collo del femore. Il tasso di suicidi è il più alto



PIEMONTE

Donne: La mortalità cardiaca più bassa, la più alta per cause violente



TRENTO

I fumatori sono i più moderati. Scarso uso del web per comunicare con i pazienti



BOLZANO

Ci sono più sportivi. Maggiore incidenza di malattie cerebrovascolari

LIGURIA

Regione con il cuore più sano. Maggior consumo di alcol tra le donne



VENETO

Minor numero di ricoveri nelle strutture sanitarie, ma con degenze più lunghe



F. VENEZIA GIULIA

Ha meno parti cesari. Più casi di tumore del colon-retto tra gli uomini

LOMBARDIA

Ottima gestione del diabete. Minore copertura vaccinale antinfluenzale

EMILIA ROMAGNA

La migliore assistenza domiciliare. Maggior mortalità per tumore del colon tra i maschi



MARCHE

Meno incidenti domestici. Record di ricoveri per Alzheimer e Parkinson

TOSCANA

Ricoveri tra i più brevi. Minor numero di non fumatori



UMBRIA

La migliore copertura vaccinale. Il più alto consumo di farmaci



ABRUZZO

Maggior avanzo della spesa sanitaria pro capite. Il più alto tasso di ricoveri evitabili in gastroenterologia

LAZIO

Minor numero di giovani consumatori di alcol. Record di fumatori



MOLISE

Il tasso più alto di posti letto per day hospital. La degenza pre-chirurgica è la più lunga



PUGLIA

Maschi: meno casi di tumore del colon, più casi di malattie cardiache

SARDEGNA

Maggior numero di pediatri. Più alta mortalità per tumori tra i maschi



CAMPANIA

Minor numero di suicidi. Presenza di malattie cardiache tra gli uomini più alta



CALABRIA

Regione con più non fumatori. Minor numero di posti letto nelle strutture sanitarie



BASILICATA

Il miglior servizio di guardia medica. La regione con più obesi

SICILIA

La mortalità più bassa per tumore del colon tra le donne. La mortalità infantile è la più elevata



FONTE OSSERWASALUTE 2014

IL FUTURO.

Più prevenzione per evitare il default

WALTER RICCIARDI*

ALL'ORIZZONTE si profila l'arrivo di una tempesta perfetta nel settore della sanità, i cui risvolti in termini sociali, economici e politici potrebbero essere devastanti. Invecchiamento, aumento delle patologie, dei bisogni, della domanda e la contemporanea diminuzione delle risorse umane e finanziarie. Alcuni di questi fenomeni, che singolarmente potrebbero non destare preoccupazioni, se dovessero sommarsi ed interagire tra di loro provocherebbero effetti catastrofici. Ogni tempesta è sempre preceduta da segnali deboli, spesso impercettibili. È compito degli esperti riuscire a individuarli con anticipo e cercare di evitare danni irreparabili. In Europa, e più in Italia, la sostenibilità dei sistemi sanitari è a rischio per l'effetto combinato di invecchiamento della popolazione (37% degli europei avrà più di 60 anni entro il 2050 e Italia e Germania sono i Paesi più vecchi del mondo), e i fenomeni sopra detti. I sistemi sanitari, pensati per le patologie acute, non possono far fronte a queste sfide se non attraverso una profonda trasformazione, possibile solo con una forte azione comune di cittadini, professionisti, manager, politici, industria. Passaggi fondamentali sono, ad esempio, dalle cure per le patologie acute a quelle per malattie croniche, dalle prestazioni fornite solo negli ospedali a cure integrate erogate attraverso tutti i livelli del sistema sanitario. Con l'European Steering Group on Sustainable Health Care abbiamo provato a dimostrare che la sostenibilità è possibile ed abbiamo raccolto evidenze in oltre 30 progetti pilota realizzati in 24 paesi. Nel Libro Bianco, che abbiamo presentato il 19 marzo a Bruxelles, abbiamo formulato 18 raccomandazioni rivolte alle istituzioni, sia europee che nazionali, e che riguardano 3 azioni principali: investire in prevenzione e intervento precoce, accrescere la consapevolezza e la responsabilizzazione dei cittadini, riorganizzare l'erogazione dell'assistenza sanitaria. Non sarà un cammino né facile, né veloce, ma è assolutamente necessario cominciarlo subito.

**Prof. Igiene, Univ. Cattolica, Roma;
Relatore White Paper europeo,
membro della European
Public Health Association*



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

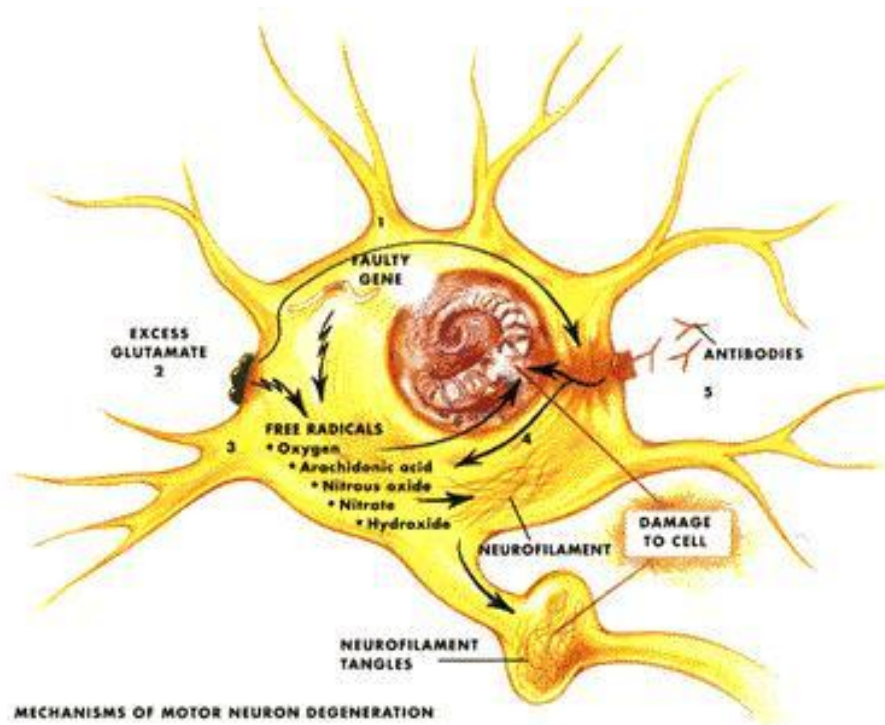
Notizie dalle Province





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Ortopedia. Tumori ossei, la tecnica che fa sviluppare assieme ai piccoli pazienti il femore tolto
Stop alle amputazioni. All'Istituto Rizzoli di Bologna

Il miracolo dell'arto che si rigenera

FABILODISPOTO*

SICHIAMA *limbsalvage*. Due parole per indicare l'enorme progresso scientifico nei tumori ossei. Fino a pochi anni fa i medici, per garantire la guarigione da tumori delle ossa o dei muscoli agli arti non potevano che sacrificare l'arto colpito. Oggi, non solo è aumentato non solo il numero delle vite salvate ma anche degli arti.

Per eradicare il tumore, il chirurgo è costretto ad ampie demolizioni di ossa e articolazioni e relativi muscoli e tendini. Edeccole novità che la scienza offre, soprattutto quando ad essere operati sono i bambini. «I piccoli pazienti, infatti - spiega Marco Manfrini, ortopedico coordinatore del centro per i trattamenti chirurgici innovativi dei sarcomi in età evolutiva dell'istituto ortopedico Rizzoli di Bologna - oltre a rappresentare per la giovane età un patrimonio ancora più prezioso di un adulto hanno il problema dell'accrescimento. Una protesi o un chiodo o ancora un osso di banca adatti a sostituire, ad esempio, un ginocchio e un femore all'età di cinque anni, saranno inadatti quando il piccolo paziente avrà otto anni e a dodici probabilmente non potrà più camminare perché avrà un arto notevolmente più corto e una articolazione sottodimensionata per sopportare il notevole incremento di peso e dimensioni del paziente. Alcuni semplici continui numerici per comprendere la portata del fenomeno. Un bambino di cinque anni nel ginocchio ha due importanti cartilagini di accrescimento, che contribuiscono per il 70% alla lunghezza definitiva dell'arto inferiore. In dettaglio, in un bambino che raggiungerà da adulto il metro e 75 cm, 10-12 cm sono dati dal contributo dalla cartilagine femorale del ginocchio e 8 cm da quella tibiale, per un totale di circa 20 centime-

tri».

«Per questo motivo - continua Manfrini - sono state perfezionate protesi e chiodi telescopici allungabili per seguire lo sviluppo scheletrico ed evitare differenze di lunghezza tra un arto e l'altro. Ve ne sono di due tipi ad allungamento meccanico e magnetico. Queste ultime si allungano dall'esterno agendo dall'esterno con un potente campo magnetico. Il piccolo paziente entra con l'arto in un magnete simile ad una mini risonanza magnetica. Il magnetismo attiva un piccolo rotore che agisce su una vite contenuta nella protesi e in 20 secondi, senza alcun dolore, l'arto si allunga di 5 millimetri. Stesso meccanismo per i chiodi tubolari da inserire nelle ossa lunghe come femore, tibia e omero a sostituzione di un segmento asportato. Unico limite per protesi e chiodi: se il bambino diventa molto alto ed è stato operato prima di 8-9 anni di età, l'allungamento di protesi e chiodo arriva al suo limite meccanico e questi devono essere sostituiti con un nuovo intervento».

Questo limite viene superato con un'altra, ben collaudata, e sorprendente procedura chirurgica: la sostituzione di un segmento o di un intero osso lungo (tibia, femore od omero) con il perone dello stesso paziente. In pratica il piccolo operato diventa allo stesso tempo donatore e ricevente della parte trapiantata. Il perone è un osso lungo della gamba che collega il ginocchio alla caviglia. La sua funzione di sostegno è trascurabile, perché lungo ma molto sottile e a sostenere in effetti il peso corporeo ci pensa l'altro osso della gamba, la tibia. Per questo può essere prelevato a beneficio di un'altra sede senza arrecare danno.

«Se ne possono prelevare fino a 30 centimetri di lunghezza - conclude Manfrini - per sostituire parti mancanti di femore, omero o tibia della gamba contro laterale. Può essere uti-

lizzato come un ponte che connette le estremità dell'osso sacrificato perché colpito da tumore, da solo o in associazione con un osso di banca. Ai controlli periodici della radiologia, la natura si rivela stupefacente: il perone lentamente si trasforma, acquisendo il volume e la forma dell'osso che era andato a sostituire. In altre parole, il perone si «omerizza» o si «tibia- morizza» o si «tibia- lizza», a seconda dell'osso che è andato a sostituire. Se era stato trapiantato in associazione ad un altro osso di banca, il fenomeno è ancora più eccezionale: le due ossa si fondono e si trasformano acquisendo le caratteristiche meccaniche dell'osso malato e sacrificato. Intanto nella gamba che ha subito il prelievo del perone trasforma la tibia in un osso con nuove caratteristiche: più grosso e robusto con un volume complessivo e una densità di osso uguale alla somma di tibia e peroni sani. La perdita del perone viene compensata dalla tibia che assume pian piano, le caratteristiche meccaniche di resistenza pari alle due ossa della gamba sommate assieme. Tanto che chi ha subito questo intervento potrà riprendere perfino a fare sport a buon livello».

*Spec. Ortop. e Traumat.,
Medicina dello Sport, Roma

LA SCOPERTA.

Il segreto in una pasta che diventa vitale così funziona l'osso pongo

UNA pasta morbida come pongo, che può essere modellata per riempire la parte mancante di un osso. Poi si indurisce in pochi minuti a temperatura corporea e, infine, diventa essa stessa osso vivo. Questa la nuova meraviglia biotec della Banca delle cellule e del tessuto muscolo scheletrico BTM, dell'Istituto Rizzoli di Bologna.

La pasta è una miscela di collagene equino anallergico, polvere di osso demineralizzato e uno speciale polimero termoplastico. Il collagene rende il "pongo" appiccicoso in maniera da aderire immediatamente all'osso del pa-

ziente da riparare e rimodellare. La polvere di osso rappresenta la componente che stimola la ricrescita di osso nuovo e vitale. Il polimero invece rende il tutto morbido e malleabile a 25 gradi, ma a 37 gradi, quando è scaldato dal corpo umano, si indurisce e diventa resistente quasi come l'osso vero. In questo modo la pasta molto maneggevole e plasmabile può essere agevolmente utilizzata per riempire difetti dell'osso dovuti a brutte fratture con perdita di sostanza, parti scheletriche sacrificate per ragioni chirurgiche e per favorire l'integrazione dei trapianti di osso di banca in chi-

rurgia maxillofacciale.

Infine, il prodotto è riassorbito, mentre la sua azione di stimolo fa ricrescere osso nuovo e sano che lo sostituisce. Al termine del processo, che può richiedere a seconda delle dimensioni della riparazione scheletrica, diversi mesi, la parte risanata risulta pressoché identica ad un osso originale.

Un unico limite: le parti mancanti devono essere di dimensio-

ni ridotte. Il prodotto può colmare un buco, rimodellare il profilo anatomico di una superficie ossea, ma non può sostituire un intero segmento di osso come spesso richiede la chirurgia oncologica. In queste sfortunate circostanze sono più spesso necessari i trapianti scheletrici e le protesi articolari.

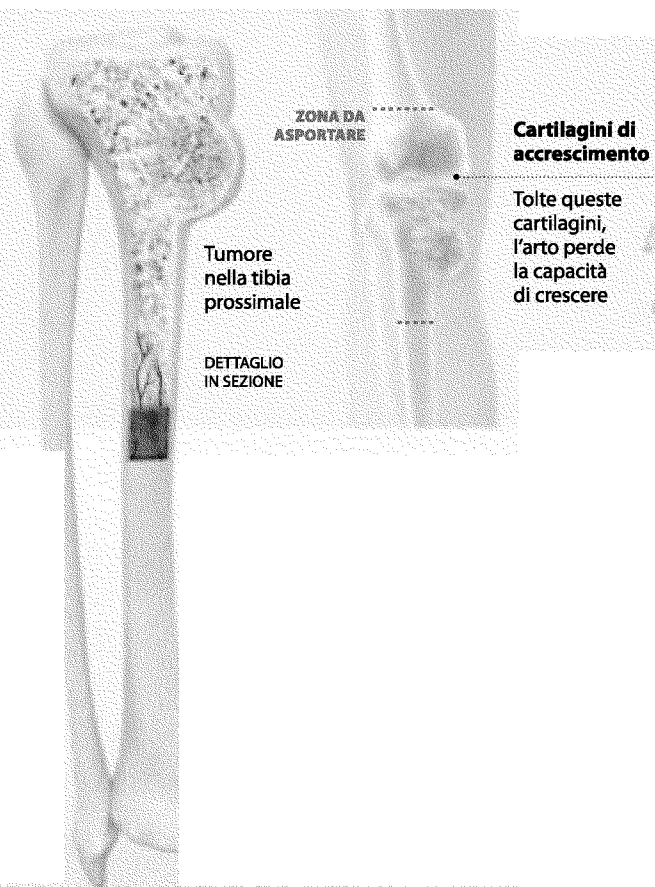
(fabio lodispoto)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Una miscela di collagene, minerali e un biopolimero sensibile al calore che nel corpo solidifica all'istante

COS'È IL TUMORE OSSEO

È il cancro a cellule specifiche dell'osso. Esistono più di 50 tipi: l'osteosarcoma e il sarcoma di Ewing colpiscono spesso l'osso in crescita di bambini e adolescenti



© RIPRODUZIONE RISERVATA

PER SAPERNE DI PIÙ

Stampa 3D

Stampare fratture ossee in 3D per valutare meglio il quadro clinico, realizzare tutori traspiranti al posto del gesso, ricostruire le ossa. Se ne è parlato a 3DPrint Hub a Milano. Con le nuove tecnologie di scansione e stampa 3D si può rendere del tutto digitale e più accurata la produzione dei dispositivi medici su misura come tutori anatomici e ortesi. Ortopedia e traumatologia uno dei campi dove il tridimensionale trova nuove applicazioni. La stampa 3D è di aiuto anche nella chirurgia addominale in interventi con chirurgia laparoscopica o robotica. Il modello stampato consente una migliore comprensione dei rapporti anatomici tra le diverse strutture e permette di pianificare con cura gli accessi e gli spazi di manovra. E in chirurgia vascolare c'è l'uso di modelli capaci di riprodurre la patologia a carico dei vasi, in particolare dell'aorta, come aneurismi e dissezioni.

(al.mar.)

LE PROTESI CHE CRESCONO CON I BAMBINI

Le opzioni per salvare arti colpiti da tumore sono protesi sintetiche allungabili o trapianti biologici, autologhi o di banca. Le protesi siano sintetiche o biologiche, sono fatte a misura per ogni bambino

PROTESI SINTETICHE

Quelle indicate per bambini in crescita sono di allungamento mini invasivo o non invasivo; permettono di allungarsi dall'esterno

Magnete
Specie di mini risonanza magnetica che, dall'esterno, con impulsi magnetici fa allungare la protesi già in sede. Si può eseguire a domicilio

Protesi tibiale prossimale di allungamento non invasivo

Disco magnetico
Fa girare una vite senza fine contenuta all'interno della protesi

Cuscinetto femorale
In polietilene

Componente tibiale
In lega di cobalto-cromo molibdeno

Omero
116 casi
Protesi di omero prossimale

Femore
406 casi
(di cui prossimali 74 e distali 332)

Protesi totale di femore

Protesi di femore distale

LE SEDI DEGLI ARTI PIÙ COLPITE

Interventi di tumore osseo negli arti in bambini under 15 tra 1980 e 2009: **729 casi**

Tibia
207 casi

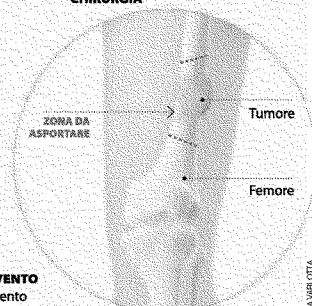
Protesi di tibia prossimale

ALTERNATIVE BIOLOGICHE

Si utilizzano sempre di più: osso del paziente stesso (trapianto autologo), osso di banca, osso demineralizzato e l'innovativo "porgo"

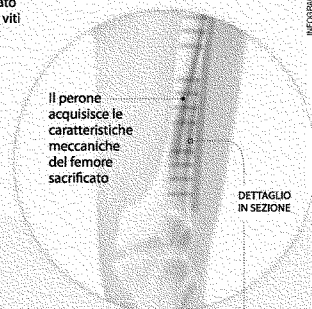
TRAPIANTO AUTOLOGO

1 PRIMA DELLA CHIRURGIA



L'INTERVENTO
Il segmento di perone va usato come un ponte e fissato con le viti

2 DOPO 2-4 ANNI DAL TRAPIANTO



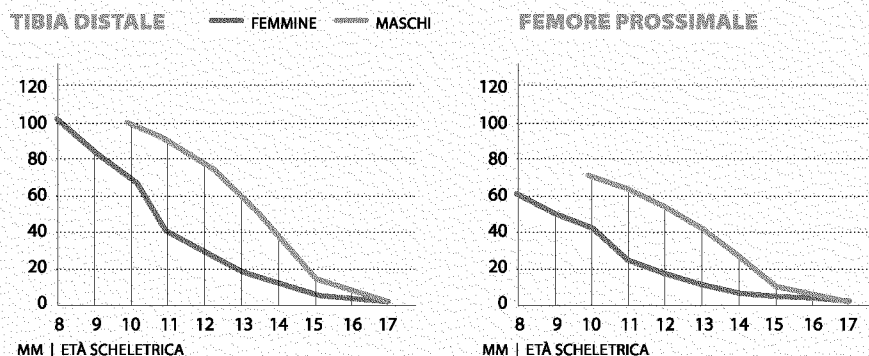
Il segmento di perone prelevato non mette a rischio il sostegno della gamba, anzi, la tibia pian piano diventa più grossa e robusta

Le ossa si fondono insieme e la zona si vascolarizza

Fonte: STANNORE IMPLANTS, "IL PERCORSO RIABILITATIVO DEI PAZIENTI CON NEOPLASIA DELLA APPARATO SCHELETRICO"; M.G. BENEDETTI, M. MANFRINI, M. COLANGELI / CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA RI, PROF. P. RUGGERI

INFOGRAFICA JANUARIA VIRETTA

LE OSSA IN CRESCITA Lunghezza rimanente delle ossa per età e genere



L "PONGO" OSSEO

Miscela di collagene equino, polvere di osso e polimero. È utile a riempire una piccola parte mancante di un osso

1 MALLEABILE
A 25°C la pasta è morbida e viene utilizzata per riempire dei "buchi" sull'osso

2 RIGIDA
A 37°C la pasta indurisce e diventa resistente quasi come l'osso vero

3 IBRIDA
La pasta viene progressivamente riassorbita e fa crescere osso sano

4 OSSO VIVO
Dopo diversi mesi la parte risanata è identica all'osso originale

> A TAVOLA
EUGENIO DEL TOMA



ALCOL NO AGLI ECCESSI

A Verona si è chiusa "Vinitaly", l'annuale celebrazione del vino. Come medico non mi esalto per i successi del vino italiano sui mercati stranieri. Né credo che bere un bicchiere di vino ai pasti influisca sulla longevità di un adulto sano. Ma so che, nei confini della morigeratezza, il vino può completare il gusto e la socialità del mangiar bene, il che non è poco fra divieti e false paure che aleggiano attorno al cibo e ai suoi eccessi!

Resta il monito statistico dei decessi da abuso di alcol, oltre il doloroso capitolo degli ubriachi alla guida e della loro irresponsabilità, in attesa di una legge più repressiva. Tra alcolismo e tossicomanie, la differenza è che solo per l'alcol si può distinguere tra uso accettabile, uso rischioso e abuso vero e proprio. La cultura mediterranea ha legittimato un consumo giornaliero di un quartino di vino ai pasti ma l'etanolo, anche nel vino più genuino, è un tossico che il fegato dovrà inattivare! Le attuali Linee Guida precisano che un'unità alcolica (UA) corrisponde a 12 g di etanolo ed è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino o in una lattina da 330 ml

di birra o in una dose da bar (40ml) di superalcolico. Due o tre UA sono un massimo giornaliero ma per un'alcoemia a prova di buonsenso e di etilometro debbono passare almeno 2 ore dal consumo di 2 UA per una donna e poco meno per un uomo. Perciò, meglio evitare bevande alcoliche prima di mettersi alla guida.
edeltoma@gmail.com

Allergie. Vaccini rimborsabili in tutte le regioni
E un nuovo farmaco aiuta chi soffre d'asma. I disturbi
del respiro aumentati del 5 per cento negli ultimi cinque anni

Tornano i pollini le nuove armi per combatterli

MARIAPAOLA SALMI

L'ONDATA dei pollini che inaugura la stagione calda è iniziata, non gradita ai milioni di italiani con "raffreddore da fieno", riniti e asma allergici. Segnaliamo però due importanti novità nelle cure. L'agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha riclassificato in fascia A il mix vaccinale per le cinque graminacee più diffuse (mazzolina, codolina, logliarello, erba dei prati e paleo odoroso), rimborsate in tutte le Regioni dietro presentazione di ricetta medica e piano terapeutico.

«Il vaccino rimborsabile in compresse sublinguali ci consente finalmente di curare tutti i pazienti, non solo quelli della Lombardia o Toscana — afferma Walter Canonica, presidente della Società mondiale dell'asma e professore di pneumologia e allergologia all'Università di Genova — la somministrazione, che va iniziata otto settimane prima della pollinazione, dura per 4-6 mesi e si ripete per almeno tre anni».

Quanto all'asma allergico, è entrata in commercio una nuova combinazione di uno steroide inalatorio (fluticasone furoato) e un broncodilatatore (vilanterolo) a lunga durata d'azione. «Ben sapendo come spesso gli allergici siano lasciati in balia di se stessi, vittime di troppe suggestioni pubblicitarie, e costretti a pagare di tasca propria gli spray, in parte gli antistaminici e i vaccini, che in alcune regioni erano a totale carico del paziente, si capisce l'importanza di avere a disposizione non solo farmaci più efficaci e meglio tollerati, ma anche vaccini facili da assumere e che non pesano sulle tasche dei cittadini», commenta Alessandro Fiocchi, direttore di allergologia all'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma.

Le allergie respiratorie, in particolare quelle da pollini, sono cresciute del 5% in un quinquennio; l'asma riguarda il 6% della popolazione generale, la rinite allergica colpisce il 25-30% delle fasce d'età più giovani. Da qualche tempo c'è una categoria emergente quella dei settantenni che esordiscono con una rinite o un'asma non riconosciute dai medici. Che inoltre, stando al recente studio ISMAR, pubblicato sul

World Allergy Organization Journal, che ha valutato le modalità di gestione delle allergie da parte di medici, infermieri e malati, spesso non conoscono (20% dei casi) le linee guida "Aria" di orientamento della terapia. Secondo l'indagine, non va meglio a chi non sa neanche di essere allergico: meno della metà di quelli con rinite ha fatto il test specifico e quasi il 90% ha preso farmaci senza una diagnosi. «Questo significa che la rinite allergica spesso non viene diagnosticata né curata — dice Fiocchi — si spiega così l'impatto negativo sulla qualità di vita dei pazienti rilevato dallo studio: il 60% ha un sonno disturbato, un altro 60% vive con disagio la primavera; un 40% di chi pratica sport vi rinuncia, un 35%

ha problemi sul lavoro e il 20% dei bambini ha scarso rendimento scolastico».

Il vaccino, da somministrare in autunno, è l'unica arma che agisce sulla causa: l'allergene viene a contatto con l'organismo ed è catturato dalle immunoglobuline E (IgE) che scatenano la reazione allergica (produzione di istamina, vasodilatazione, attivazione di sostanze irritanti). Il vaccino è un desensibilizzante prescritto dal medico dopo la diagnosi, efficace anche se iniziato durante la stagione pollinica. Di solito va abbinato ad altri farmaci quali antistaminici di seconda generazione, cortisonici nasali e inalatori, broncodilatatori e antileucotrenici. Basta non abusarne.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TERAPIE.

Niente campagna e gite mattutine Dieci regole per i bambini

«**L**A CULTURA è una parte importante della prevenzione e della cura delle allergie - spiega Roberto Bernardini, presidente della Società italiana di allergologia e immunologia pediatrica - così come è fondamentale una diagnosi corretta che deve avvalersi di esami del sangue, del Prick test e di una spirometria». Poi vaccino e farmaci devono essere aiutati da "buone" norme di comportamento che i pediatri dell'ospedale Bambino Gesù di Roma consigliano ai genitori di bimbi allergici ai pollini. I cipressi hanno iniziato a fiorire e, a breve, toccherà a graminacee e ulivi.

Queste le dieci regole che bisognerebbe rispettare per evitare un aggravamento dei sintomi: in primavera evitare prati

e campi incolti; evitare di vivere in campagna se si è allergici, di fare gite mattutine specie nelle giornate di sole e vento; andare in vacanza nel periodo in cui i disturbi sono maggiori scegliendo mare o montagna; in auto tenere i finestrini chiusi e pulire i filtri dei condizionatori d'aria; nel periodo critico fare sport al chiuso; evitare di tagliare il prato o di avvicinarsi a luoghi dove è stata tagliata l'erba; non andare in bici o motorino; a piedi utilizzare mascherina, occhiali e cappello; durante la stagione pollinica al rientro a casa cambiare i vestiti, lavare mani viso e capelli e, se necessario, fare una doccia; nei mesi critici evitare il fumo, attivo e passivo, le polveri e i peli di animali.

(mp. s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

> LUI & LEI
ROBERTA GIOMMI



CONFLITTI SESSO E LIBERTÀ

Il conflitto dinamico si manifesta quando le regole della coppia stanno cambiando e si presentano nuovi orizzonti. Può essere attivato per bisogni o desideri e chiede quindi una ridefinizione delle regole e del punto di vista. I bisogni sono spesso rappresentati da cose semplici, sono relativi all'assunzione di responsabilità come, per esempio, nell'uso del denaro o del tempo nella relazione con il/la partner e con i figli. I conflitti diventano aspri quando uno dei due cerca di sottrarsi ai compiti fastidiosi. Oppure esiste un vero conflitto di interessi sull'uso delle libertà. E proprio i conflitti di interessi sui desideri sono più difficili da risolvere perché si confrontano con la definizione dell'amore. Sento in psicoterapia

frasi come "se mi amassi lo capiresti", oppure "se non abbiamo gli stessi desideri come possiamo capirci". Introdurre l'idea che il modo diverso di vedere il mondo non è disamore e che essere cambiati è normale, aiuta la soluzione dei conflitti in terapia. Ma senza il conflitto dinamico che presuppone un vero confronto su quello che possiamo ottenere e concedere all'altro/a, la coppia esplode o implode creando in ambedue i casi problemi all'intimità e alla sessualità. Il conflitto dinamico afferma che ci si può confrontare animatamente senza distruggersi o deprimersi. È una nuova negoziazione delle regole necessaria rispetto alle trasformazioni di pensieri, lavoro, relazioni. Richiede una soluzione che non può che essere mutualmente accettabile.
www.irf-sessuologia.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GLI EFFETTI SULLA SALUTE

Occhi
 Prurito, irritazione e lacrimazione profusa

Cavità nasale
 Rinite: prurito, irritazione e infiammazione con secrezione di muco e naso chiuso

Gola
 Tosse, prurito, disturbi della deglutizione

Bronco
 Asma

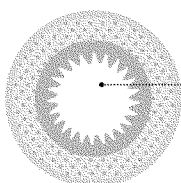
Bronchiolo
 Asma

Pelle
 Infiammazione cutanea ed edemi (meno frequenti)

L'ASMA ALLERGICA

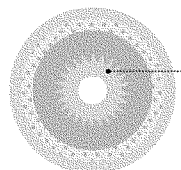
L'età media ha due picchi: 3-7 anni e 20-30 anni

Bronchiolo normale
 Permette il normale passaggio dell'aria fino agli alveoli



Lume normale

Bronchiolo contratto
 La muscolatura della parete bronchiale si contrae e ostacola la respirazione



Lume ridotto
 La presenza di muco ostruisce ancora di più la respirazione

1,5 milioni

di bambini e ragazzi italiani con allergie nasali e pollinosi

INFORMAGRAFICA PAULA SIMONETTI

IL MECCANISMO DELL'ALLERGIA

Mucosa del sistema respiratorio

Cellula secretoria di muco

Ciglia

Vasi sanguigni

Linfocita del sangue

Immunoglobulina E (IgE)

Granuli di istamina

MASTOCITA

1 INGRESSO
 I grani di polline possono entrare nel corpo attraverso gli occhi, la bocca, il naso e le altre mucose

2 PRIMA REAZIONE
 Gli allergeni scatenano la reazione di difesa immunitaria dei linfociti del sangue che producono **immunoglobuline di tipo E**

3 LEGAME
 L'immunoglobulina E si fissa ai recettori sulla superficie del mastociti, le cellule "spazzino" del sangue

4 LIBERAZIONE DI ISTAMINA
 In risposta al legame con l'immunoglobulina E, i mastociti liberano **istamina**, sostanza responsabile dei sintomi dell'allergia

Granello di polline
 Sostanza allergenica



> L'ERBA VOGLIO

ROBERTO SUOZZI

SPAZZOLINI DA DENTI FATTI CON I RAMI I TEST SCIENTIFICI LI HANNO PROMOSSI

PER conservare una buona dentatura, per la sua pulizia, ancor oggi, numerose popolazioni dell'Africa e di altre parti del mondo, adoperano dei bastoncini di piante chiamati "Chewing Stick". Questi, in virtù dei componenti che contengono, svolgono un'azione antisettica e anticarie. Una delle piante adoperate per fare i Chewing stick è la *Salvadora persica* (Fam.: Salvadoraceae), utilizzata da molto tempo in Egitto, India, Inghilterra per la fabbricazione di dentifrici. I suoi ramoscelli, che rilasciano un gradevole sapore senapato, se masticati all'apice, si sfilano formando una specie di spazzolino dalle setole molte dure, atte a detergere le gengive. Medici Pakistani (Department of Community Dentistry, University of Health Sciences, Karachi) hanno valutato l'uso dei Chewing stick per l'igiene orale, la rimozione della placca dentale e gengivale. Lo studio ha dimostrato l'efficacia, come anti-placca, dei bastoncini.

rmsuozzi@mclink.it

Martedì 31 MARZO 2015

Antidepressivi. Perché a volte agiscono in ritardo?

Un gruppo di ricerca dell'Università di Firenze individua un 'nuovo' meccanismo con cui viene rilasciata la serotonina. Questo processo, ancora da studiare, sembrerebbe contribuire al ritardo nell'effetto terapeutico degli antidepressivi SSRI. La sua comprensione potrebbe aprire prospettive di sviluppo terapeutico. Lo studio su *The Journal of General Physiology (JGP)*.

Un gruppo di ricercatori dell'Università degli Studi di Firenze ha individuato un nuovo meccanismo con cui viene prodotta, all'interno del nostro organismo, la serotonina, un neurotrasmettitore che ha un ruolo importante nella regolazione delle emozioni e del comportamento dell'individuo. Gli studi sono stati pubblicati* su *The Journal of General Physiology (JGP)* da The Rockefeller University Press.

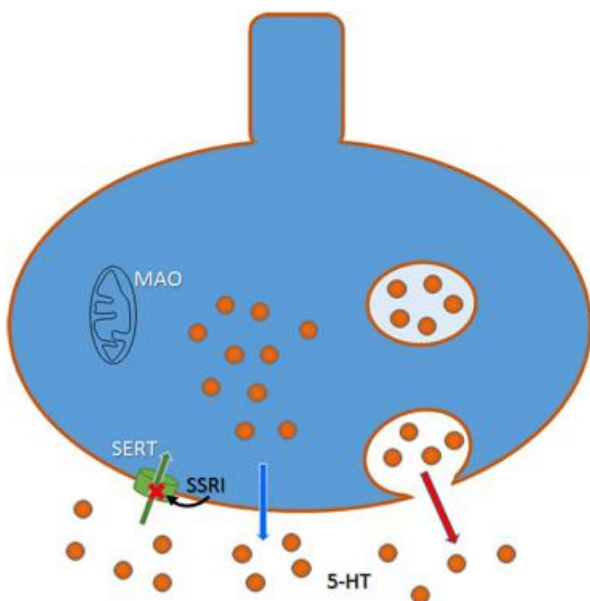
In generale, i neurotrasmettitori sono sostanze chimiche che fungono da 'mediatori' nel processo di trasmissione delle informazioni - o meglio degli impulsi nervosi - tra i neuroni. Come gli altri neurotrasmettitori, la serotonina viene accumulata in piccoli 'sacchetti' chiamati vescicole, situate nell'estremità presinaptica del neurone, ovvero la zona che è la terminazione della cellula nervosa. La serotonina viene poi rilasciata nella sinapsi, la struttura che permette la comunicazione tra cellule nervose e che ne veicola l'informazione: così, la serotonina viene trasmessa da un neurone ad un altro. Un eventuale disequilibrio durante questo preciso processo di passaggio del segnale può contribuire a determinare particolari condizioni biochimiche, tra cui lo sviluppo di depressione. La serotonina, inoltre, risulta essere un importante alleato degli antidepressivi nella lotta contro la malattia: ad esempio, la classe di farmaci chiamati 'inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina' (*SSRI*) aumentano i livelli extracellulari questa sostanza chimica, impedendone la 'ricaptazione' da parte dei neuroni (la ricaptazione è quel processo nel quale la sostanza che si trova nello spazio tra le sinapsi viene riassorbita a livello presinaptico, un fenomeno che impedisce il suo corretto passaggio da un neurone all'altro).

Tuttavia, i ricercatori sottolineano che uno dei principali ostacoli nell'utilizzo degli *SSRI* è il fatto che l'effetto terapeutico si manifesti in ritardo. Un fattore che contribuisce a tale ritardo è probabilmente legato al fenomeno per il quale il processo di trasmissione del neurotrasmettitore tra i neuroni verrebbe soppresso dalla stessa serotonina extracellulare, in un processo chiamato di 'auto-inibizione', una sorta di autogol nel quale il processo terapeutico potrebbe essere inizialmente rallentato.

Il gruppo di ricerca dell'Università degli Studi di Firenze ha indagato questo meccanismo, scoprendo che la serotonina che media il processo di auto-inibizione viene prodotta nello spazio tra le sinapsi mediante un meccanismo che risulta differente da quello con cui viene rilasciata l'altra forma di serotonina, ovvero quella che non prende parte a tale processo. Infatti, la serotonina che prende parte all'autoinibizione non verrebbe rilasciata dalle vescicole nelle estremità dei neuroni (processo indicato dalla freccia rossa nell'immagine), ma potrebbe essere semplicemente diffusa da una parte all'altra della membrana (da quella interna allo spazio extracellulare), attraverso un meccanismo che è ancora da spiegare (freccia blu nell'immagine).

Boris Mlinar e i suoi colleghi ritengono che una completa comprensione di questo processo potrebbe fornire informazioni per lo sviluppo di strategie utili per modulare il processo di trasmissione del segnale della serotonina finalizzate a trattare la depressione.

Viola Rita



Lunedì 30 MARZO 2015

Tumore seno 'triplo negativo': individuato il gene 'interruttore' della forma più aggressiva. Ora si proverà a 'spegnere' questo gene

Questo cancro della mammella, detto 'triplo negativo', è composto in realtà da due forme tumorali diverse, originate da cellule differenti, di cui una nettamente più aggressiva. Proprio quest'ultimo tipo di tumore sarebbe determinato dall' 'accensione' di un gene, chiamato ID4, che i ricercatori proveranno a bloccare. L'obiettivo sarà quello di trasformare la forma più violenta in quella più attenuata. Lo studio* su Nature Communications

Il tumore del seno detto 'triplo-negativo', un gruppo eterogeneo di manifestazioni tumorali che colpiscono la ghiandola mammaria, si divide in realtà in due malattie, ben distinte per eziologia ed origine, dato che esso è determinato da cellule differenti tra loro. Ad affermarlo, oggi, è uno studio scientifico condotto dal Garvan Institute of Medical Research, in Australia, che indaga le cause ancora poco conosciute di questo tumore. Lo studio è pubblicato* sulla rivista *Nature Communications*. I ricercatori, inoltre, hanno identificato un gene alla base della forma più aggressiva e si augurano di trovare una strategia per poter spegnere tale gene.

In base ai risultati dell'analisi odierna, la forma più aggressiva del triplo-negativo sarebbe determinata da cellule staminali, mentre quella un po' più attenuata da cellule specializzate.

In generale, le cellule staminali possiedono caratteristiche simili alle cellule tumorali, tra cui la plasticità e la flessibilità, nonché la capacità di proliferare e diffondersi nei tessuti, una delle prerogative del tumore

Le cellule staminali, inoltre, giocano un ruolo essenziale sia nella crescita e nello sviluppo della ghiandola mammaria durante la pubertà e nel periodo della gravidanza, sia nella loro evoluzione in cellule specializzate, i cui meccanismi non sono noti.

Studiando tale evoluzione, i ricercatori hanno individuato un gene 'responsabile' del processo: si tratta del gene noto come 'inibitore della differenziazione 4' (sigla ID4), che, come una sorta di interruttore che può essere 'spento' o 'acceso', sembra determinare se la cellula staminale venga differenziata in cellula specializzata (spento) oppure rimanga staminale (acceso). Insomma, a questo gene sarebbe affidato un importante ruolo nella gestione di questo processo cellulare.

Quando in una cellula staminale gli alti livelli di ID4 sono 'spenti', gli altri geni preposti alla specializzazione cellulare sono al contrario completamente attivi. Inoltre, questo gene, non soltanto contraddistingue le cellule, ma sembra anche controllare una delle due forme del tumore del seno triplo negativo, e precisamente quella più aggressiva.

"Abbiamo osservato che l'ID4 è prodotto in quantità abbondanti circa nella metà di tutti i tumori al seno triplo negativo, e che queste forme hanno una prognosi particolarmente povera", ha affermato il Dottor **Alex Swarbrick**, che ha guidato il progetto di ricerca. "Abbiamo anche dimostrato che se si blocca il gene ID4 in modelli sperimentali di tumore al seno triplo negativo, le cellule tumorali smettono di dividersi". Insomma, questo specifico gene sarebbe collegato alla forma tumorale più aggressiva e, 'spegnendolo', sembrerebbe intervenire sul processo di divisione delle cellule tumorali.

Bloccando questo gene, inoltre, si attivano il recettore estrogenico 3 e numerosi altri geni espressi dal tumore a miglior prognosi.

"Il tumore del seno positivo al recettore estrogenico ha una prognosi relativamente buona grazie al fatto che il Tamoxifene è molto efficace nel bloccare l'estrogeno recettore e quindi la sua crescita", ha sottolineato Swarbrick. "Stiamo discutendo, poi, se col blocco dell'ID4 possiamo essere in grado di modificare il tumore del seno 'stem-cell-like' [originato da cellule staminali ndr] in una forma meno aggressiva, che eventualmente possa rispondere al tamoxifene. Se stiamo agendo correttamente, questo risultato potrebbe essere sorprendente".

Il prossimo passo per il Dottor Swarbrick e il suo team sarà quello di individuare il modo migliore per bloccare questo gene nell'uomo; il team, inoltre, sta pianificando sperimentazioni terapeutici su modello animale di topo per testare se 'spegnendo' il gene si ha un cambiamento nella risposta della malattia al farmaco citato.

"Non sappiamo ancora se dopo aver bloccato l'ID4 avremo un tumore estrogeno-dipendente – con un recettore estrogenico 'efficace' – oppure se si tratterà soltanto di una caricatura di uno di essi", prosegue l'esperto, sottolineando come, attraverso tecnologie avanzate, sarà possibile, per il gruppo di ricerca, effettuare una mappatura completa delle interazioni del gene ID4.

Viola Rita

*Simon Junankar, Laura A. Baker, Daniel L. Roden, Radhika Nair, Ben Elsworth, David Gallego-Ortega, Paul Lacaze, Aurélie Cazet, Iva Nikolic, Wee Siang Teo, Jessica Yang, Andrea McFarland, Kate Harvey, Matthew J. Naylor, Sunil R. Lakhani, Peter T. Simpson, Ashwini Raghavendra, Jodi Saunus, Jason Madore, Warren Kaplan, Christopher Ormandy, Ewan K. A. Millar, Sandra O'Toole, Kyuson Yun, Alexander Swarbrick. ID4 controls mammary stem cells and marks breast cancers with a stem cell-like phenotype.

Nature Communications, 2015; 6: 6548 DOI: 10.1038/ncomms7548

Lunedì 30 MARZO 2015

Rapporto Osservasalute. Boom di cancro al polmone tra le donne “vecchie fumatrici”. Cala invece tra gli uomini. Prevenzione resta arma di salute più importante nel futuro

Tra il 2003 e il 2013 aumento del 18%. Il fenomeno è legato agli effetti del fumo tra le donne che hanno iniziato a fumare negli anni '70. Mentre l'incidenza sugli uomini è in calo per la progressiva diminuzione dei fumatori maschi. Ma aumentano anche il cancro alla mammella e al colon retto. Tutti prevenibili. Tutti i dati del rapporto 2015 curato dal Professor Ricciardi della Cattolica.

Migliorato nell'ultimo decennio lo stato di salute degli italiani che risulta complessivamente buono, con un aumento, nei 10 anni trascorsi, della speranza di vita per entrambi i generi (passata dal 2002 al 2012 per gli uomini da 77,2 a 79,6 anni e per le donne da 83,0 a 84,4 anni) ed una diminuzione del tasso di mortalità infantile, pur con differenze non da poco tra Nord e Sud (nel 2011 il tasso di mortalità infantile è stato di 3,1 morti per 1.000 nati vivi, in diminuzione rispetto al 2006 in cui era di 3,4; si noti però che un nato residente nel Meridione ha una probabilità di morire nel primo anno di vita 1,3 volte superiore rispetto a uno residente al Centro e 1,4 volte superiore rispetto a uno residente al Nord).

È quanto rileva la XII edizione del **Rapporto Osservasalute** (2014), un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi a Roma all'Università Cattolica. Pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane che ha sede presso l'Università Cattolica di Roma e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Gemelli di Roma e dal dottor **Alessandro Solipaca**, Segretario Scientifico dell'Osservatorio. Il Rapporto è frutto del lavoro di 195 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici ed economisti, distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali.

Il Rapporto però evidenzia come sia “sempre più urgente incentivare l'offerta di servizi di prevenzione e di politiche socio-sanitarie ad hoc che riducano la probabilità dei cittadini di ammalarsi e fronteggino i bisogni sanitari di una popolazione sempre più anziana, con l'insorgenza sempre maggiore di più malattie croniche (comorbidità) nello stesso individuo”.

Allarme tumori: aumentano quelli prevenibili. Se l'aumento della prevalenza di malattie croniche, legata all'invecchiamento della popolazione, è una prospettiva futura, assai allarmante è il quadro odierno proposto dal Rapporto che riferisce di un preoccupante aumento dei nuovi casi di tumori prevenibili. Infatti, tra le donne, i nuovi casi di tumore al polmone, tra il 2003 e il 2013, sono aumentati del 17,7%, così come quello alla mammella che registra un incremento del 10,5%. Tra gli uomini l'incidenza del tumore al colon retto, nello stesso periodo, è aumentata del 6,5%.

Pesante anche il bilancio del cancro del polmone nelle donne “vecchie fumatrici”. Tra il 2003 e il 2013, l'incidenza del tumore al polmone è aumentata di circa il 18,0% (tra gli uomini l'incidenza si riduce del 23,3% nello stesso periodo; l'aumento tra le donne è imputabile al fatto che cominciamo a vedere gli effetti del fumo sul sesso femminile, ovvero si ammalano le donne che hanno iniziato a fumare negli anni '70) e l'aumento di circa il 10% dell'incidenza del cancro alla mammella. Tra gli uomini l'incidenza del tumore al colon retto è aumentata intorno al 7%.

A fare le spese di questo peggioramento del quadro epidemiologico sono soprattutto le regioni del Mezzogiorno, nelle quali gli aumenti sono stati spesso più marcati. Questi sono segnali molto preoccupanti che testimoniano con forza l'esigenza di investire in prevenzione, soprattutto se si considera che, laddove questa attività è stata svolta si sono ottenuti risultati molto positivi, infatti, il numero di nuovi casi del tumore alla cervice uterina, nel decennio considerato, risulta in forte diminuzione (-33,3%).

Il ritardo del nostro paese su questo fronte e il deficit di risorse destinate alla prevenzione rischiano di far vacillare la salute degli italiani, già sotto l'attacco della congiuntura economica negativa che sta colpendo ormai da anni anche il nostro paese: la precarietà che sta ormai divenendo una condizione strutturale mette a rischio la tenuta dei servizi sanitari offerti ai cittadini e anche la salute reale e percepita degli individui (sempre più numerosi sono gli studi che dimostrano ad esempio che essere lavoratori precari mina il benessere psicofisico della persona).

I punti deboli. Restano quelli di sempre i punti deboli della salute degli italiani, sintetizzabili nei pessimi stili di vita che restano tali, probabilmente anche in correlazione a condizioni di vita sempre più precarie e difficili nel quotidiano. Un dato esemplificativo tra tutti, la sedentarietà che aumenta in maniera significativa per entrambi i generi: da 34,6% a 36,2% negli uomini e da 43,5% a 45,8% nelle donne. Come dimenticare, poi, il problema persistente di peso dei cittadini del Bel Paese: continua il trend in crescita della percentuale di italiani sovrappeso e obesi, complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale (era il 45,4% nel 2009, il 45,9 nel 2010, il 45,8 nel 2011).

“Siamo entrati in una nuova fase strutturale, nella quale incertezza e precarietà non saranno condizioni eccezionali, ma una consuetudine – avverte il professor **Walter Ricciardi**. Partendo da questa considerazione, appare quanto mai preoccupante lo scenario che si prospetta per il settore della sanità, uno dei pilastri del sistema di welfare del nostro Paese”.

“È opinione diffusa che l'incertezza e la precarietà condizioneranno, sul piano politico, gli interventi e le riforme necessarie per un moderno stato sociale, mentre avranno effetto, sul piano individuale, sia sulle condizioni di salute, sia sulle scelte di vita – sottolinea il

professore. Il dottor **Aldo Rosano**, dell'Accademia Romana di Sanità Pubblica, in un suo recente lavoro ha dimostrato che chi vive condizioni di precarietà lavorativa sperimenta un rischio più elevato di cattiva salute (+40%). I dati, già oggi, segnalano palesi elementi di incertezza. In particolare desta preoccupazione la contrazione delle risorse pubbliche a disposizione per la sanità (la spesa sanitaria pubblica è passata da 112,5 miliardi di euro del 2010 a 109,3 del 2013)".

Preoccupa, infine, l'inadeguatezza degli investimenti destinati alla prevenzione e l'aumento della cronicità a causa dell'invecchiamento della popolazione. A questo riguardo, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico - OCSE (Health at a Glance Europe 2012) evidenzia che il nostro Paese destina solo lo 0,5% della spesa sanitaria totale all'attività di prevenzione, quota che ci colloca agli ultimi posti tra i 30 Paesi dell'OESE.

Infine, l'Istituto Nazionale di Statistica (Rapporto annuale sulla situazione del Paese nel 2013) paventa uno scenario futuro dal quale si evince che la prevalenza di malati cronici gravi sarà superiore al 20%, nel 2024, e salirà ad oltre il 22% nel 2034; si tratta, quindi, di un quadro epidemiologico caratterizzato da prevalenze sensibilmente più elevate di quella attuale che si attesta intorno al 15%.

Il quadro futuro generato dalla dinamica demografica non avrà solo implicazioni sulla spesa per l'assistenza sanitaria per acuti, ma anche sulla spesa per l'assistenza socio-sanitaria, afferma il dottor **Alessandro Solipaca**: "i modelli di previsione della Ragioneria Generale dello Stato testimoniano che l'invecchiamento della popolazione comporterà un aumento di spesa sanitaria, infatti questi prevedono che la quota di spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil raggiungerà il 7,5% nel 2035, superiore di mezzo punto a quella odierna attestata al 7,0%". A questo si aggiunge, continua il Segretario scientifico dell'Osservatorio, il fatto che "l'invecchiamento acuirà il problema della spesa per l'assistenza agli anziani. Attualmente il peso per questo tipo di assistenza grava in parte sulle spalle delle famiglie, ma in futuro questo diverrà insostenibile, sia dal punto di vista economico sia da quello sociale. La dinamica demografica che si è andata sviluppando nel corso degli anni disegna strutture familiari con uno o due componenti e con molti anziani soli, ciò causerà il dissolvimento strutturale della rete di assistenza di natura informale, tipica della realtà italiana. Pertanto, venendo meno il ruolo tradizionale della famiglia, sarà il sistema di welfare a dover intervenire con nuove risorse e soluzioni innovative economicamente sostenibili".