

L'Esperimento

Il vaccino del futuro diventa uno spray

DANELE BANFI

— Ago addio: il futuro della vaccinazione si chiama «spray». Lo sostiene una ricerca pubblicata dalla prestigiosa rivista «Science Translational Medicine» ad opera dei ricercatori del Mit e di Harvard. Un approccio che promette essere una rivoluzione, basata sull'utilizzo delle nanotecnologie. Grazie a queste, infatti, sarà possibile rendere i vaccini ancora più potenti. Il segreto? Nanosfere capaci di resistere sulle mucose delle vie aeree, garantendo una più efficace risposta immunitaria.

Se l'idea di sviluppare vaccini sotto forma di

aerosol non è una novità, finora il problema che ne limitava l'uso era rappresentato dalla capacità del polmone di liberarsene troppo in fretta. Il risultato è intuibile: il sistema immunitario non ha il tempo necessario per garantire un'efficiente produzione di anticorpi. Ed è partendo da questa osservazione che i ricercatori statunitensi hanno pensato a una strategia ca-

pace di aumentare il tempo di permanenza del vaccino a livello polmonare.

Il problema è stato risolto creando una serie di nanosfere, composte da alcuni strati di lipidi in cui incapsulare il vaccino stesso. Una sorta di imballaggio. Come spiega Darrel Irvine - uno degli autori dello studio - «abbiamo creato una barriera che protegge il farmaco e così diventa più resistente dal punto di vista chimico durante il percorso che lo porterà ai polmoni». Una strategia vincente, capace di aumentare il tempo di permanenza a livello delle mucose e dando la possibilità al sistema immunitario - in particolare ai linfociti T - di memorizzare l'intruso, processo fondamentale per il riconoscimento di infezioni future. «E' un approccio - continua Irvine - che potrebbe essere esteso non solo alle malattie a trasmissione respiratoria come l'influenza, ma anche a quelle che colpiscono il sistema riproduttivo e quello digerente: Hiv, papilloma e infezioni enteriche sono alcuni esempi». E i benefici potrebbe estendersi anche all'oncologia.

Al momento i test sono stati condotti su topi di laboratorio e i primi risultati sono promettenti. Uno dei vaccini valutati è stato quello contro «Vaccinia virus», un virus capace di infettare le ovaie. «L'infezione sistemica è stata bloccata».



Ed "Elysium" sarà per tutti

Da Google a Craig Venter: "Batteremo le offese del tempo"

GERONTOLOGIA/2

VALENTINA ARCOVIO

Siamo nel secolo delle scienze della vita, nell'epoca in cui è diventato fondamentale lo studio e lo sviluppo di strategie per allungare e migliorare la vita degli esseri umani. L'obiettivo è vivere di più e meglio, creando una sorta di «Elysium», un'oasi biotecnologica senza malattie, non troppo lontana da quella del film di Neill Blomkamp, interpretato da Matt Damon e Jodie Foster, anche se priva delle sue palesi ingiustizie classiste.

Ecco perché si moltiplicano gli studi sulla vecchiaia e sui modi per rallentarla o renderla più «giovanile». A credere in questa lotta contro il tempo sono soprattutto gli Usa, dove gli investimenti, specialmente quelli dei privati, stanno dando slancio alla ricerca. Il caso più eclatante è sicuramente quello di Google, che ha annunciato la nascita di «Calico» - una società che si concentrerà sulla salute e sul benessere e soprattutto sulla sfida legata all'invecchiamento - e l'alleanza con un altro colosso, la Apple. L'am-

ministratore delegato, nonché finanziatore della nuova società, sarà Arthur Levinson, presidente dell'azienda di Cupertino. Sui dettagli del progetto, però, vige il riserbo: non si sa se saranno previsti dei veri e propri prodotti da immettere sul mercato della salute, ma di certo i primi risultati concreti non potranno essere osservati prima di uno o due decenni e a fare da padrone al progetto sarà un mix di medicina, scienza e tecnologia.

Non è invece un mistero l'interesse di un altro scienziato-imprenditore, Craig Venter, che ha creato nel 2006 il «Genomics X Prize», un premio di 10 milioni di dollari che sarebbe dovuto andare al team di ricercatori che avesse scovato gli indizi genetici che nascondono i segreti per il traguardo dei 100 anni, il limite simbolico della longevità umana. La competizione, che sarebbe dovuta partire proprio questo mese, è stata al momento annullata. Nel frattempo, però, le adesioni di molti specialisti del settore hanno già permesso di sviluppare una serie di interessanti progetti. Lo scienziato californiano Jonathan Rothberg, per esempio, alla guida del team della Life Technologies, è sulle tracce del cosiddetto «gene della longevità» e ha dichiarato di aver sviluppato una tecnologia innovativa che permette l'analisi del Genoma umano con un costo non superiore ai mille dollari.

Anche l'Europa, comunque, si sta muovendo. Un consorzio del Vecchio Continente, infatti, ha iniziato a lavorare per individuare una serie di specifici marcatori dei processi che conducono all'invecchiamento. Si tratta del progetto «Mark-age», che ha individuato due gruppi: persone scelte in modo casuale tra la popolazione e soggetti nati da un genitore longevo già reclutato nel progetto europeo «Geha», che ha lo scopo di identificare proprio i geni della longevità. È stato incluso nello studio anche un piccolo numero di pazienti con sindromi rare, caratterizzate da aspetti clinici che «imitano» l'invecchiamento fisiologico già in età precoce.

In Italia, purtroppo, si investe ancora poco nella ricerca su invecchiamento e longevità. Segno - secondo molti scienziati - di una scarsa lungimiranza sul futuro della popolazione, destinata a invec-

chiare sempre di più. Uno dei pochi esempi di studi in questo specifico settore è quello che ha visto coinvolta la Sardegna, la cosiddetta «isola dei centenari». Grazie a un ideale «mix» tra buon patrimonio genetico, cibo sano e microclima salutare, la Regione è riuscita a guadagnarsi un invidiabile primato: 22 centenari ogni 100 mila abitanti, il doppio rispetto alla media mondiale e addirittura il triplo dei Paesi occidentali. A svelare alcuni segreti di questi fortunati è stato il progetto «A kent'annos» che, dopo 16 anni di studi sul fenomeno, è vicino ai primi risultati concreti, a cominciare dalle proprietà benefiche della tradizionale dieta sarda.

Ma, intanto, la caccia all'elisir della longevità prosegue addirittura nello spazio. Uno degli esperimenti che vede protagonista anche l'astronauta italiano Luca Parmitano sulla Stazione Spaziale Internazionale, infatti, si chiama «Skin-B» e ha l'obiettivo di studiare il processo di invecchiamento della pelle. I risultati potrebbero avere importanti benefici qui sulla Terra, il pianeta che - secondo le ultime stime rilasciate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità - entro il 2050 sarà abitato molto più da vecchietti che da giovani.

LE INIZIATIVE

«Non è più un mito la caccia al gene della longevità»

NELLO SPAZIO

Parmitano studia l'invecchiamento della pelle

**Arthur
Levinson
Manager**

RUOLO: È CHAIRMAN DELLA APPLE INC. E DELLA GENENTECH INC E AMMINISTRATORE DELEGATO DELLA NUOVA SOCIETÀ DI BIOTECNOLOGIE CALICO (ACRONIMO DI «CALIFORNIA LIFE COMPANY»)

quotidianosanita.it

Mercoledì 02 OTTOBRE 2013

Italia solo 27^a nella classifica mondiale per qualità della vita degli anziani

La graduatoria è realizzata da HelpAge International, network globale sviluppato con la collaborazione dell'Onu. La migliore performance per il nostro Paese è quella legata alla sicurezza del reddito: siamo sesti. Ci collochiamo al 15esimo posto per la salute. Svezia al top. [LO STUDIO](#)

L'Italia si colloca al **27esimo posto su 91 nella classifica mondiale che misura la qualità della vita delle persone anziane**. E' quanto emerge dai riscontri effettuati dal 'Global Age Watch Index', realizzato da HelpAge International, network globale sviluppato con la collaborazione dell'Onu. Sul gradino più alto del gradino si piazza la Svezia, a seguire Norvegia e Germania. Completano la top 10 Paesi Bassi, il Canada, la Svizzera, la Nuova Zelanda, gli Stati Uniti, l'Islanda e infine il Giappone.

Il report tiene conto di quattro parametri fondamentali: sicurezza del reddito, salute, lavoro e formazione, condizioni ambientali favorevoli. Ed è sul primo indicatore che l'Italia ottiene la performance migliore: si classifica in sesta posizione, meglio addirittura di Paesi come Svezia e Germania. Note negative per quanto riguarda gli altri ambiti. A livello di salute siamo 15esimi, per l'istruzione 62esimi, per l'ambiente 53esimi. Da segnalare, nel complesso, il basso rendimento della Cina che nella graduatoria generale non va oltre la 35esima posizione.

L'invecchiamento procede a ritmo incalzante in tutto il pianeta ed entro il 2050 ci saranno due miliardi di persone con oltre 60 anni, cioè oltre un quinto della popolazione mondiale. "La continua esclusione degli anziani dalle agende politiche nazionali e globali è uno dei principali ostacoli a una risposta ai bisogni della popolazione anziana del mondo", ha sottolineato **Silvia Stefanoni**, amministratore delegato di HelpAge International.

CORRIERE DELLA SERA.it

stampa | chiudi

CON UNA TECNICA IDEATA DA UN TEAM GIAPPONESE

Donna infertile partorisce un bambino

La sperimentazione ha coinvolto 27 donne che soffrono di insufficienza ovarica primaria. Tre sono incinta

Cinque donne infertili sono rimaste incinta e una ha già dato alla luce un bambino grazie alla fusione sperimentale di due tecniche per la fecondazione in vitro, attuata da un team di ricercatori giapponesi. La sperimentazione ha coinvolto 27 donne che soffrono di insufficienza ovarica primaria, una condizione che porta a menopausa precoce. Anche se la tecnica sperimentale non è stata ancora testata su chi è infertile per altri motivi, gli scienziati pensano che potrebbero beneficiare di questa attivazione in vitro (Iva) anche le donne con menopausa precoce a causa di trattamenti chemioterapici e radioterapici. La ricerca è stata pubblicata su *Pnas*.

LA PROTEINA - Le partecipanti avevano un'età media di 37 anni e avevano perso la fertilità circa 7 anni prima. Normalmente le donne nascono con circa 800mila follicoli primordiali ciascuno dei quali contiene un ovulo immaturo: la maggior parte dei follicoli rimane dormiente e solo un migliaio di essi cresce ogni mese e a sua volta solo uno di questi produce un uovo ad ogni ciclo mestruale. Gli scienziati del St. Marianna University School of Medicine di Kawasaki hanno asportato le ovaie alle partecipanti, e in 13 di queste hanno trovato follicoli residui. Li hanno quindi trattati con due tecniche, il cui risultato è bloccare l'attività della proteina Pten che controlla la crescita del follicolo nell'ovaio.

LA TECNICA - In un precedente studio gli scienziati avevano visto infatti che bloccare l'attività di Pten era sufficiente a svegliare i follicoli primitivi dormienti trasformandoli in ovuli. Inoltre il team ha "tagliato" l'ovaio: un metodo già usato in passato per stimolare lo sviluppo dei follicoli. Poi in laparoscopia i ricercatori hanno trasferito pezzettini dell'ovaio vicino alle tube di Falloppio delle donne da cui erano stati prelevati. In otto delle 27 donne i follicoli sono maturati e le pazienti sono state trattate con ormoni per stimolare l'ovulazione. Cinque di queste hanno sviluppato uova mature che sono state messe in vitro per la fecondazione e gli embrioni risultanti sono stati congelati e trasferiti negli uteri. In una paziente la gravidanza è fallita, tre sono attualmente incinta e una ha già partorito.

(Fonte: Adnkronos Salute)

stampa | chiudi

LA RICERCA

Melanoma, crescono le speranze per i pazienti più gravi

La sopravvivenza dei malati con malattia metastatica oggi può arrivare fino a 10 anni e non più pochi mesi

AMSTERDAM – Buone notizie per i pazienti che soffrono di una forma grave e avanzata di melanoma, il più aggressivo tumore della pelle. Secondo i dati raccolti dal più ampio studio finora condotto sulla sopravvivenza di questi malati, chi è stato trattato con l'anticorpo monoclonale ipilimumab (in uso solo da pochi anni) ha possibilità di sopravvivenza che arrivano fino a 10 anni, mentre le speranze di vita in precedenza si fermavano a una manciata di mesi. «Sapevamo già che alcuni pazienti curati con questo medicinale sopravvivevano per lunghi periodi – ha spiegato l'autore della ricerca Stephen Hodi del Dana-Farber Cancer Institute di Boston (Usa) durante la sua presentazione al Congresso Europeo sul Cancro, che si chiude oggi ad Amsterdam. Ora abbiamo raccolto e analizzato i dati di 12 studi differenti, per un totale di circa 5mila malati trattati con il farmaco, ma non tutti facenti parte di una sperimentazione. Sebbene la sopravvivenza media di chi soffre di un melanoma in fase avanzata sia di circa un anno, ci siamo resi conto che non è poi trascurabile la percentuale di chi supera i tre anni e che, con i controlli del follow up, ci sono pazienti che sono ormai vicini ai 10 anni di sopravvivenza».

TENERE IL TUMORE SOTTO CONTROLLO A LUNGO - Il farmaco, che nel 2010 era stato salutato dagli esperti come «il primo passo avanti contro il melanoma dopo 30 anni», colpisce indirettamente il tumore stimolando il sistema immunitario del paziente a riconoscere e distruggere solo le cellule cancerogene. In particolare blocca un antigene (Ctla-4) associato ai linfociti T citotossici. Antigene che sopprime la normale risposta immunitaria. Bloccando la soppressione, riparte il sistema di difesa dell'organismo che torna efficiente nell'intercettare e distruggere cellule estranee, come quelle cancerogene. Secondo Alexander Eggermont, direttore generale dell'Institut Gustave Roussy Comprehensive Cancer Center (France), specializzato nella cura del melanoma, «lo studio dimostra chiaramente che questo medicinale può portare al controllo sul lungo periodo nei pazienti con melanoma metastatico».

6MILA CASI OGNI ANNO IN ITALIA - Ogni anno in Italia si diagnosticano all'incirca 6mila nuovi casi di melanoma e circa un terzo va incontro a diffusione metastatica «I farmaci registrati ed entrati in uso negli ultimi anni sono diversi – commenta Mario Santinami, responsabile della Struttura Melanomi e sarcomi dell'Istituto nazionale tumori di Milano -. Ipilimumab, appunto, più «lento» ad avere effetto, ma con risposte durature in circa il 20-25 per cento dei pazienti, cosa impensabile fino a pochi anni fa. E poi abbiamo l'altra famiglia di farmaci, gli inibitori di b-RAF con un'ottima efficacia, che appare però limitata per ora a circa 10 mesi. Poi è entrata in sperimentazione una molecola (anti PD1), che appare ancora più promettente. Nei pazienti con mutazione genetica e malattia metastatica ai linfonodi, si sta poi sperimentando l'inibitore di b-RAF in combinazione con MEK inibitore. Insomma, le aziende

farmaceutiche hanno investito molto per lo sviluppo di nuovi farmaci nel melanoma e i risultati si vedono, resta purtroppo la preoccupazione per i costi elevati di queste nuove classi di farmaci, poco sostenibili dal welfare pubblico alla luce dell'attuale situazione economica».

Vera Martinella

stampa | chiudi

Dalla scienza della longevità un secondo Rinascimento

Il progetto per trasformare l'Italia nel leader delle ricerche sull'invecchiamento

Pubblichiamo la lettera aperta di Luigi Fontana e Vincenzo Atella intitolata «Il nuovo Rinascimento italiano. Salute dell'uomo e dell'ambiente per uno sviluppo economico ecosostenibile», a cui hanno già aderito diversi scienziati: Sergio Pecorelli (Università di Brescia), Riccardo Pietrabissa (Politecnico di Milano), Francesco Salvatore (Università Federico II di Napoli), Umberto Veronesi (Istituto Europeo di Oncologia).

GERONTOLOGIA/1

A partire dagli ultimi decenni del XIV secolo un gruppo di intellettuali ed artisti italiani iniziarono un processo di rinnovamento culturale e scientifico che segnò il passaggio dal Medioevo all'era moderna prima in Italia e poi in Europa. Secondo lo storico Richard Goldthwaite, quel processo di rinnovamento fu tale per cui «il benessere fu riciclato e investito in capitale umano e trasformato nel patrimonio dell'architettura urbana, dell'arte e di una tradizione artigianale mai eguagliata». Un'eredità impressionante che ancora oggi il mondo ci riconosce.

Pensiamo sia giunto il momento per rilanciare l'Italia come attore principale di un Nuovo Rinascimento, che ponga al centro delle politiche sociali e industriali la valorizzazione della salute dell'uomo e dell'ambiente, il capitale culturale, artistico e naturale per uno sviluppo economico duraturo perché ecosostenibile.

L'attuale modello economico non è sostenibile. Nel breve periodo un ulteriore avanzamento tecnologico per estrarre più risorse naturali, per produrre più cibo, farmaci, energia, e generare crescita economica è possibile, ma nel lungo termine avrà conseguenze disastrose sulla salute dell'uomo e del-

l'ambiente ed in ultima analisi sul benessere sociale ed economico del pianeta.

Salute, benessere, risparmio energetico, conoscenza, cultura e sviluppo economico ecosostenibile devono quindi diventare i pilastri su cui costruire il futuro della «nuova» Italia. L'invecchiamento della popolazione, l'epidemia di obesità e di patologie croniche associate agli scorretti stili di vita, il crescente inquinamento ambientale e lo sfruttamento sconsiderato delle risorse energetiche e naturali sono problemi gravi, che, se affrontati in modo scientifico e con una nuova visione globale e transdisciplinare, potrebbero non solo far risparmiare ingenti risorse al Paese, ma generare nuova ricchezza.

Per i nostri figli e nipoti vogliamo immaginare un'Italia figlia di un nuovo Rinascimento in cui le città sono verdi e silenziose, con auto sospinte da motori ibridi elettrici e a idrogeno (che emettono solo vapore acqueo) ed edifici efficienti dal punto di vista energetico che non richiedono dispendiosi sistemi di riscaldamento e aria condizionata, ma estraggono dal sole e dal vento l'energia necessaria. Un'Italia in cui l'aria e l'acqua emesse dalle industrie sono più pulite di quelle che erano entrate, in cui le discariche sono state eliminate e un innovativo sistema agricolo ecosostenibile produce cibo sano in abbondanza. Un'Italia in cui la pressione fiscale è stata ridotta, perché una buona parte della spesa pubblica improduttiva è stata eliminata e

quella produttiva è stata limitata, in cui i cittadini sono sani ed efficienti e il modello di produzione si è trasformato in direzione di un'economia sostenibile. Un'Italia, infine, che i turisti di ogni angolo del mondo vogliono visitare e prendere a modello perché è diventata il Giardino dell'Eden.

Non si tratta di un'utopia. Molte delle conoscenze scientifiche per azzerare l'inquinamento, per prevenire con adeguati stili di vita la maggior parte delle malattie croniche (e i costi sociali connessi), per costruire case super-coibentate che non consumano ma producono energia, per ideare auto super-leggere in fibre di carbonio e per molte altre innovazioni destinate a una vita lunga, sana e felice sono già disponibili e sono state applicate molto al di là dei semplici prototipi. Il passo successivo, quindi, dev'essere l'applicazione integrata di tutte queste conoscenze a favore della salute dei cittadini e dell'ambiente, garantendo un nuovo sviluppo economico e industriale che valorizzi, e non distrugga, le risorse naturali.

Purtroppo, una visione riduzionistica e arretrata di questi problemi ha impedito finora che ciò accadesse. E' ora di invertire la rotta, secondo una logica non convenzionale. Abbiamo idee, capitale umano e tecnologie per farlo. L'Italia può e deve diventare leader nel mondo su queste tematiche, investendo massicciamente in questi settori e promuovendo progetti di ricerca armonici e interdisciplinari.

E' ora di provare a ripartire. I posteri ce ne saranno grati.

Le adesioni al manifesto si raccolgono sul sito www.ceistorvergata.it/blog/?page_id=98

**Luigi Fontana
Vincenzo Atella
Gerontologo
Economista**

RUOLI: IL PRIMO E' PROFESSORE DI MEDICINA ALLA WASHINGTON UNIVERSITY E ALL'UNIVERSITA' DI SALERNO E IL SECONDO E' PROFESSORE DI ECONOMIA ALL'UNIVERSITA' TOR VERGATA

quotidianosanita.it

Mercoledì 02 OTTOBRE 2013

Il Governo Letta e la Sanità. Ciò che è stato fatto e ciò che rimane in sospeso

Nel giorno clou per il futuro dell'Esecutivo ripercorriamo i 5 mesi dell'azione di Governo. Dalla vicenda Stamina al blocco dei contratti. Dal "ddl Omnibus" del ministro Lorenzin, con la riforma degli Ordini al suo interno, alla ripresa del dialogo con le Regioni per il nuovo Patto della Salute. Fino alla nota di aggiornamento del Def che anticipa nuovi scenari per la sanità.

Il primo test per l'Esecutivo ha riguardato il **caso Stamina**. Il Governo si è ritrovato un decreto (copyright Balduzzi) da convertire in legge, con i malati e le famiglie in piazza a manifestare sotto i palazzi istituzionali per chiedere il via libera alla 'cura' (che nel frattempo veniva autorizzata da alcuni Tribunali). Qui la scelta condivisa da Governo e Parlamento è stata di attivare la sperimentazione e finanziarla con 3 milioni di euro. Ma, sul caso, il parere della commissione tecnica ha bocciato il metodo Vannoni (che ha annunciato di voler presentare ricorso al Tar). La palla, è in ogni caso, sul tavolo del Ministro della Salute (la dimissionaria Beatrice Lorenzin) che ha il potere di decidere se la sperimentazione partirà o no.

Altro atto, sempre eredità di memoria montiana è stato poi il **Decreto per il ripiano dei debiti della Pa**. Per la sanità sono stati assegnati al 24 settembre alle Regioni 4,2 miliardi. Quasi tutta la cifra (5 mld) stanziata per legge per il 2013. Ma vale la pena ricordare anche la proroga ad agosto 2014 **dell'obbligo assicurativo** (DI Fare) per i medici e la **tassa sulle sigarette elettroniche** (che partirà dal 2014).

Questione delicata (in questo caso prontamente affrontata dal Governo) anche quella riguardante **la norma sui farmaci salvavita** immessi in commercio ma non ancora a carico del Ssn (misura contenuta nella Legge Balduzzi) e su cui il Governo, dopo le polemiche sollevate per primi anche dal nostro giornale, è intervenuto con un emendamento (DI Fare) dove è stato fissato un timing obbligatorio di massimo 100 giorni per autorizzazione e negoziazione del prezzo di rimborso del Ssn.

Non da ultimo, la proroga per il **blocco dei rinnovi contrattuali per la Pa** (e quindi anche per la sanità) estesa a tutto il 2014 e il DI scuola in cui è stata inserita la norma per la graduatoria nazionale per l'accesso alle **scuole di specializzazione di medicina**. Ma c'è anche il DI Pa, in cui è stata prevista l'adozione, previo confronto con le Regioni, di un Dpcm che possa portare alla **stabilizzazione di 35.000 lavoratori precari** del comparto.

Ma i dossier 'caldi' che si è ritrovato il Governo sul tavolo sono stati plurimi e molti di questi rimangono ancora in sospeso: a partire dalla **copertura dei 2 mld** che sarebbero dovuti arrivare dai nuovi ticket (bocciati dalla Consulta) e dal **Patto per la Salute** (fermo da oltre un anno). In realtà, i due temi sono strettamente legati. Le Regioni chiedono che la copertura e il 'no' ai nuovi tagli siano messi nero su bianco nella legge di stabilità altrimenti non si andrà avanti sul Patto. Patto che, grazie ad una politica dell'Esecutivo più aperta al dialogo ha in ogni caso visto la costituzione di diversi tavoli di lavoro che dovrebbero sviscerare tutti gli altri aspetti: dai nuovi Lea all'integrazione sociosanitaria, dall'ideazione di un nuovo sistema di compartecipazione alla spesa, fino ai costi standard e al problema del personale e dell'annosa riforma delle cure territoriali che, anche dopo il decreto Balduzzi, sembra non riuscire proprio a decollare.

Altra questione è poi **la riforma degli Ordini professionali sanitari** oggetto di un grande lavoro parlamentare, con in prima linea i leader degli stessi ordini dei medici, degli infermieri e dei farmacisti che hanno presentato apposite iniziative legislative al Senato e poi dello stesso ministro Lorenzin che nel suo **ddl "omnibus"** ha di fatto inglobato il tema, proponendo un "suo" testo che al momento sembra peraltro essere apprezzato da tutti gli interessati. Nel ddl (che però non risultava fino a poche settimane fa ancora presentato ufficialmente in Parlamento) vi sono anche alcune misure su ricerca, sicurezza alimentare e veterinaria, fumo e stili di vita.

Entro la fine del 2013 dovrà poi essere conclusa la trattativa tra Governo, industria, grossisti e farmacisti per la definizione del **nuovo sistema di remunerazione della filiera del farmaco**. I nuovi criteri dovevano essere già in vigore ma di fronte allo stallo tra le parti Lorenzin ha concesso una proroga a fine anno. Ed ora si deve ricominciare tutto daccapo e non c'è molto tempo.

Se come abbiamo visto pochi sono stati i fatti, molta però è stata la carne messa sul fuoco (non ultima la nota di aggiornamento del **Def 2013** che presenta molti aspetti dubbi sul futuro del Ssn) e su molti temi Patto per la Salute in primis la partita è ancora tutta da giocare. Ma oggi la questione è: chi la gioca?

Sanità

2 PRIMO PIANO

Sanità

1-7 ottobre 2013



Beatrice Lorenzin: assicurare assistenza socio-sanitaria e cure appropriate per gli anziani

«Ecco la mia sostenibilità»

Due miliardi in più per investimenti - Appalti nel mirino - Il Patto per Natale

Beatrice non va alla guerra. Anzi, fa la «ragazza generosa». Al Governo (se terrà) manda a dire che servono 2 miliardi in più da investire in Sanità (a trovarli, col freddo che tira). In aggiunta ai 2 di ticket che non saranno aumentati dal 1° gennaio. Altra promessa che i signori governatori («vedere cammello») attendono di leggere davvero, e capire chi li mette sul piatto. Ma anche la generosità ha un limite. Per le Regioni che chiamavamo «canaglia», che fanno pagare alla gente uno spread super miliardario. Per la giungla selvaggia degli appalti che in Sanità trovano terreno fertile. Per chi imbrogliava con le liste d'attesa. Per il junk food. E che dire dei super costosi macchinari che funzionano solo 6 ore al giorno? Lì sì che Beatrice Lorenzin ripone nel cassetto la generosità. Chissà se a Natale (Governo permettendo) tornerà la generosità: per allora la nostra ministra della Salute conta di far decollare il Patto. Pensate: un Patto sotto l'albero. Che bel regalo per tutti noi. Anche se il «tutto a tutti» sarà fatalmente sempre meno. Davvero un bel pacchetto natalizio. Che però Beatrice Lorenzin nega, o meglio spiega. Perché il Welfare va salvato, a tutti i costi, soprattutto sotto una crisi impietosa. Ma va cambiato. La sostenibilità di Beatrice. Come, quando e per chi lo scopriremo solo vivendo.

Ministro Lorenzin, la nota di aggiornamento al Def prefigura un universalismo selettivo per la Sanità pubblica. Le preoccupazioni su nuovi tagli in arrivo crescono e sono diffuse.

Io non ho registrato questo nella nota al Def. Semmai, c'è la presa d'atto che la Sanità ha già contribuito con una riduzione della spesa che dal 2011 al 2015 è stata di circa

22 miliardi di euro. È stato il comparto in assoluto più toccato in questi anni nella pubblica amministrazione. E quest'anno, ancora una volta l'unica, ha registrato una contrazione della spesa dello 0,8 per cento. Ma sia chiaro: serve un sistema sostenibile, che assicuri a una popolazione sempre più anziana cure appropriate e quell'assistenza socio-sanitaria di cui nessuno parla e che sempre più invece sarà decisiva. Per questo vanno pensati nuovi modelli, per un Ssn che sia davvero equo anche in prospettiva. Questo dice il Def. Perché la sfida va affrontata subito.

Sempre meno tutto a tutti, però.

Io per prima ho parlato di universalismo mitigato. Significa che una volta la Sanità era «tutto a tutti», ma già oggi non è più così. Dobbiamo cercare di lavorare a un sistema sanitario in cui si pianifica per avere effetti a lungo termine. Voglio dire: una pianificazione non la si fa a 3 anni. Questo intendo dire. La popolazione sarà sempre più vecchia, non avremo ricambio generazionale. Superiamo la mi-

opia di chi non vuole capirlo. **Dunque, dice; niente altri tagli. Cosa propone allora?**

Sono pronta a fare presto pubblicamente una proposta al Consiglio dei ministri e al Parlamento. Se verrà mantenuto l'andamento dei conti pubblici fotografato nella nota al Def, anche per il 2014 si realizzerebbe un margine di almeno 7 miliardi. La mia proposta è che 5 miliardi siano destinati a continuare ad abbassare le tasse e ad aggredire anche il cuneo fiscale, gli altri 2 miliardi invece siano indirizzati al settore sanitario per investire in infrastrutture, nell'adeguamento degli ospedali, nella tecnologia, nella sicurezza. Anche per rendere più competitivo il Sud, che è più indietro.

Con l'aria che tira, e con le casse pubbliche a secco, dovrà trovare ampie e forti sponde nel Governo...

Guardi: due miliardi investiti in Sanità producono 4-5 volte di più. Diventano un volano per l'economia e per l'occupazione. D'altra parte proprio nei momenti di crisi economica cresce il bisogno

di welfare da parte dei più deboli. Il welfare va sostenuto, non demolito.

Quali saranno intanto i passaggi chiave nell'immediato?

I costi standard, che faranno cambiare la partita: prima le Regioni li fanno, prima si risparmia. Senza dire dei comportamenti che per loro effetto dovranno cambiare. Poi entro Natale il «Patto-salute» con la programmazione nazionale di best practice dagli ospedali al sistema farmaceutico, alle cure h24. E la prevenzione con un piano nazionale che punti su quella primaria: in tre anni risparmieremo miliardi di euro.

I governatori sono andati in Conclave proprio sul «Patto», e hanno ripetuto: «prima vedere cammello». Ovvero i soldi, la certezza dei finanziamenti e del mancato aumento dei ticket. Cosa s'aspetta da loro?

La collaborazione di questi mesi. E la consapevolezza che va aperta una nuova stagione. Per riaprire la discussione sul Patto mi avevano chiesto la garanzia che non ci sarebbe stato l'aumento dei

ticket. Così è stato. Ora tocca a loro.

La Sanità integrativa è un tabù per il Governo?

No, di sicuro. E di certo non per me. Sto anzi ragionando su questo argomento. In prospettiva, non certo per la prossima legge di stabilità.

A cosa sta pensando?

Penso alla parte della popolazione più disagiata, a Fondi integrativi aperti anche locali per queste fasce sociali sempre più ampie, vista anche la disoccupazione di ritorno. Con un contributo minimo per chi aderisce e con un fondo pubblico ad hoc.

E per le Casse già esistenti?

Potrebbero essere incentivate sul piano fiscale o anche facendo un patto con le assicurazioni perché non aumentino le polizze o prevedano clausole di esclusione o di recesso.

Quattro sprechi da cancellare, se mai ne bastasse quattro...

Le liste d'attesa, quando non ci sono veri e seri motivi: è un fatto insopportabile. Intollerabile. Poi i macchinari inutilizzati: investimenti

per centinaia di milioni in Tac o risonanze magnetiche che vengono usate sei ore al giorno. E per le altre 18 ore restano ferme, mentre le liste d'attesa crescono. Facciamole lavorare h24. Altra perla: il cibo spazzatura, immondizia da buttar via. E che dire della giungla degli appalti? L'unico modo per disboscarla è realizzare una centrale unica di acquisti a livello nazionale. Gli appalti non vanno in Sanità. C'è troppa disparità. E poi chi controlla la qualità? Siamo preoccupati dei controlli a monte, ma i controlli a valle? In ogni Regione ci sono aziende e aziende. Sane e meno sane, un accento all'altra. Non c'è solo una divisione Nord-Sud. Anche all'interno di una stessa Asl c'è un ospedale che funziona in un modo e uno che funziona in altro modo. Gran parte della soluzione dei problemi arriverà dai costi standard, lo credo fermamente, non solo per le famose siringhe, ma anche per le spese ospedaliere.

Non è che sta diventando leghista?

Da ministro sto radicandomi sempre di più nei miei valori. Sto anzi diventando meno «partitica»: la Sanità non ha bisogno dei partiti, ma di idee, di buona volontà e soprattutto di capacità operativa. Se dal Pd mi arriva una buona idea, non ho paura di copiarla e spero che loro abbiano lo stesso atteggiamento nei miei confronti. Devo dire che nel mondo della salute, a differenza di altri settori, si cerca sempre di arrivare a una sintesi. I problemi d'altra parte sono la vita e la morte delle persone, c'è poco da scherzare.

Un po' di ricentralizzazione?

Le stesse Regioni potrebbero fare valutazioni serie. Ci sono aspetti che sicuramente

« **Le priorità per cambiare il sistema, assistere meglio e risparmiare miliardi di euro sono i costi standard, perché prima le Regioni li fanno prima si risparmia, poi entro Natale il Patto per la salute con la programmazione di best practice dagli ospedali al sistema farmaceutico, alle cure h24. E la prevenzione, con un piano nazionale che punti su quella primaria** »



L'INTERVENTO

Ssn da riformare: ci vuole un'agenzia

La risposta a un'interpellanza sulla situazione dell'assistenza sanitaria nella Regione Calabria, espletata alla Camera lo scorso 20 settembre a firma del sottosegretario alla Salute Paolo Fadda, la dice lunga sullo stato dell'arte della Sanità. Il sottosegretario ha giudicato assolutamente precario l'intervento sostitutivo del Governo, esercitato ex articolo 120 della Costituzione a opera del presidente della Giunta regionale. Ha dato atto delle gravi contestazioni mosse al suo operato dai Tavoli di monitoraggio, atteso l'elevato disagio assistenziale recato ai calabresi, nonostante il perdurante incremento delle aliquote fiscali (Irap e addizionale Irpef) supportato dai medesimi. Contestazioni che dimostrano la reiterata mancata esigibilità dei Lea da parte della collettività residente, tale da prevedere la sostituzione dell'attuale commissario ad

acta, per come legislativamente sancito. Un evento conclamato che, tuttavia, non ha prodotto fino a oggi alcun esito in tal senso.

La risposta del sottosegretario ha però sottolineato altresì il profondo limite organizzativo e finanziario dell'attuale sistema sanitario nazionale prodotto dalla sua regionalizzazione, rea di avere accentuato le disuguaglianze. Un'eccezione che, proprio perché promana da un così alto rango politico, necessita di un'accurata ricerca delle migliori soluzioni alternative.

Del resto, che la gestione del Ssn andasse modificata è nella convinzione di tutti. Troppo costoso, progressivamente malfunzionante e molto dipendente dalla politica, che ne ha fatto sino a oggi un uso improprio e diffuso.

Il problema è tuttavia rappresentato dall'individuare una riforma strutturale che salvaguardi la compatibilità del cambiamento con la tutela del diritto alla salute, così come costituzionalmente protetto e garantito dalla legge 833/1978, istitutiva del Ssn.

È ovvio che una tale soluzione comporterebbe la modificazione di quella attuale attraverso una profonda trasformazione del vigente quadro normativo, sino ad arrivare - nell'ipotesi di deregionalizzazione del sistema - a una sostanziale revisione della Costituzione, più esattamente del novellato articolo 117. Ciò in relazione al disegno di riportare la Sanità a una gestione centralistica, ritenuta da molti meno dispendiosa, più efficiente e meno territorialmente discriminatoria.

Una siffatta opzione necessitereb-

be, naturalmente, della soppressione dell'attuale aziendalismo che ha, invero, prodotto pessimi risultati, quanto a erogazione dei Lea e mancato equilibrio dei conti, generando un indebitamento plurimiliardario. La migliore soluzione sarebbe, pertanto, quella di agenzificare il Ssn. Il tutto, prevedendo agenzie regionali direttamente dipendenti da quella nazionale e interagenti con le Regioni e i Comuni, rispettivamente, in termini di programmazione dell'intervento e di gestione della salute, da ricondurre in un unico servizio, garante dell'integrazione del socio-sanitario con il socio-assistenziale.

Nel nostro ordinamento, così come in altri europei - con i dovuti distinguo, in Inghilterra e in Francia - non mancano esempi di buon funzionamento di servizi agenzificati.

A sostegno della tesi, basta analizzare l'organizzazione e i risultati ottenuti da quella dell'Entrate. Perfettamente ripetibile con i necessari accorgimenti, atteso che ha fornito prova di razionalizzazione della spesa e di efficienza, anche in termini di controllo permanente. Entrambi risultati positivi che, tra l'altro, eviterebbero quelle inutili destinazioni di risorse utilizzate altrove, spesso impropriamente. D'altronde, il diffuso ricorso all'Agenas in materia di supporto alla programmazione regionale, senza che la stessa abbia la necessaria conoscenza dei territori e dei bisogni relativi, è l'ulteriore prova del mancato funzionamento dell'attuale sistema regionalizzato e di una Sanità che va regolata altrimenti.

Ettore Jorio
Università della Calabria

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità

1-7 ottobre 2013

24 ORE
Sanità

DAL GOVERNO

9

Via libera in Stato-Regioni all'accordo per la creazione dell'albo al ministero della Salute

Primari, l'elenco nazionale

Ne fanno parte tutte le liste regionali - Aggiornamenti ogni sei mesi



L'elenco nazionale dei direttori di struttura complessa è istituito presso il ministero della Salute. È costituito dagli elenchi regionali, deve essere aggiornato entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno ed è alimentato secondo un preciso disciplinare tecnico.

Sono queste le regole fissate dallo schema di accordo Stato-Regioni approvato nella conferenza la scorsa settimana, per la costituzione dell'elenco nazionale dei primari secondo le indicazioni e le richieste avanzate dai governatori in occasione della elaborazione del documento «Linee guida recanti criteri generali per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa per la dirigenza medica sanitaria nelle aziende del Ssn», approvato a marzo (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 8/2013). Una previsione fortemente voluta dalle Regioni anche per rendere attuabile la previsione della legge 189/2012 (legge Balduzzi) che demanda la nomina dei primari a una Commissione nazionale composta da 3 direttori di struttura complessa (della stessa disciplina dell'incarico oggetto della nomina), i cui componenti devono essere sorteggiati da un elenco nazionale costituito dall'insieme degli elenchi regionali.

L'elenco nazionale dovrà trovare spazio in una sezione dedicata del sito internet del ministero della Salute e i dati contenuti negli elenchi regionali dovranno prevedere i dati anagrafici del direttore di struttura complessa, l'azienda sanitaria (Asl, Ao,

Chi è coinvolto	
Professione	Disciplina
Medico chirurgo	Allergologia e immunologia clinica, angiologia, cardiologia, dermatologia e venereologia, ematologia, endocrinologia, gastroenterologia, genetica medica, geriatria, malattie metaboliche e diabetologia, malattie dell'apparato respiratorio; malattie infettive; medicina e chirurgia di accettazione e urgenza, medicina fisica e riabilitazione, medicina interna, medicina dello sport, nefrologia, neonatologia, neurologia, neuropsichiatria infantile, oncologia, pediatria, psichiatria, radioterapia, reumatologia, cardiocirurgia, chirurgia generale, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia pediatrica, chirurgia plastica e ricostruttiva, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, ginecologia e ostetricia, neurochirurgia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, otorinolaringoiatria, urologia, anatomia patologica, anestesia e rianimazione, biochimica clinica, farmacologia e tossicologia clinica, laboratorio di genetica medica, medicina trasfusionale, medicina legale, medicina nucleare, microbiologia e virologia, neurofisiopatologia, neuroradiologia, patologia clinica, microbiologia, radiodiagnostica, igiene epidemiologia e Sanità pubblica, igiene alimenti e nutrizione, medicina del lavoro e sicurezza ambienti di lavoro, scienza dell'alimentazione e dietetica, direzione medica di presidio ospedaliero, organizzazione dei servizi sanitari di base, audiologia e foniatria, psicoterapia, cure palliative, epidemiologia
Medico legittimato all'odontoiatria	Odontoiatria
Odontoiatra	Odontoiatria
Farmacista	Biochimica clinica, chimica analitica, epidemiologia, farmacia ospedaliera, farmacia territoriale
Veterinario	Epidemiologia, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene prodotti trasferimenti commercializzazione conservazione e trasporti alimentari di origine animale e derivati, Sanità animale
Psicologo	Epidemiologia, psicoterapia, psicologia
Biologo	Biochimica clinica, epidemiologia, laboratorio di genetica medica, microbiologia e virologia, patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia), igiene degli alimenti e della nutrizione
Chimico	Biochimica clinica, epidemiologia, patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia), igiene degli alimenti e della nutrizione, chimica analitica
Fisico	Epidemiologia, fisica sanitaria

codice identificativo della Regione devono indicare mese e anno oltre il quale i dati trasmessi non possono essere pubblicati nell'elenco nazionale, il codice fiscale, i dati anagrafici del primario e il codice che identifica l'azienda sanitaria (come nel precedente elenco per il sito) e poi anche il codice della professione relativo alla disciplina, quello della disciplina oggetto dell'incarico, la data di inizio del periodo di validità di questo e la data di fine attività lavorativa del direttore o di fine rapporto con l'azienda sanitaria.

La trasmissione dei dati avverrà solo in modalità elettronica secondo le specifiche tecniche indicate dalla Salute sul formato on line delle trasmissioni e le modalità di segnalazione delle anomalie ai soggetti interessati.

Il disciplinare tecnico si completa con l'elenco dei codici delle professioni e delle discipline.

Si tratta di 61 discipline per i medici chirurghi (le specialità più la direzione medica di presidio ospedaliero, l'organizzazione dei servizi sanitari di base e altre discipline a carattere manageriale), una per i medici abilitati alla professione di odontoiatra, una per gli odontoiatri, otto per i farmacisti, quattro per i veterinari, tre per gli psicologi, sei per i biologi, cinque per i chimici e due per i fisici.

Irccs, aziende ospedaliero-universitarie e Policlinici) di cui questo fa parte, l'incarico affidato al primario con relativa disciplina e periodo di validità.

Più completi e complessi i dati che

IN RETE
@ Il testo dell'accordo
www.24oresanita.com

Regioni e Province autonome devono trasmettere al ministero. E che non devono necessariamente (o non possono per ragioni di privacy) essere pubblicati nell'elenco nazionale sul sito della Salute. Oltre al

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA