



RASSEGNA STAMPA

22/02/2016

1. PHARMA KRONOS Un tumore su 5 causato da virus, speranze studio italiano
2. ANSA Immagini shock su pacchetti sigarette
3. PHARMA STAR Nuove linee guida europee sulle vaccinazioni in adulti e anziani
4. REPUBBLICA La carica dei farmaci low cost ecco come scegliere quelli giusti
5. REPUBBLICA Il commento - Ma se nessuno paga i brevetti l'industria crolla
6. SECOLO XIX 2050: l'invasione dei "superbatteri"
7. QUOTIDIANO SANITÀ Contratti. "Quattro comparti e salvaguardia specificità". Arriva Atto di indirizzo del Ministro Madia
8. CORRIERE DELLA SERA «Slot machine ridotte del 30%» Ma sono quelle già in magazzino
9. STAMPA Ecco come si vanifica la lotta al gioco d'azzardo



adnkronos
salute

○ 22 febbraio 2016

○ NUMERO 31 | ○ ANNO 10

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Un tumore su 5 causato da virus, speranze studio italiano

Ricercatori svelano meccanismi coinvolti in una grave forma di leucemia

Oltre il 20% dei tumori che colpiscono l'uomo, più di un caso su 5, è scatenato da un'infezione e in particolare da un virus. Dalla ricerca italiana arriva ora una nuova scoperta che "apre importanti scenari sulle possibili vie di aggressione delle infezioni virali a rischio di trasformazione neoplastica", che "in un futuro molto prossimo potranno contribuire a combattere più efficacemente i tumori indotti da virus". Così Roberto Accolla, direttore del Laboratorio di patologia generale e immunologia dell'università degli Studi dell'Insubria di Varese, spiega il senso di uno studio che sarà pubblicato a breve su 'Journal of Virology' ed è già disponibile online. Nel laboratorio diretto da Accolla, presso il Dipartimento di scienze chirurgiche e morfologiche dell'ateneo lombardo, Greta Forlani dell'équipe capitanata da Giovanna Tosi - si legge l'università dell'Insubria - ha scoperto un meccanismo molecolare attraverso cui le cellule infettate da un potente virus oncogeno umano, l'Htlv-1 responsabile di una incurabile leucemia delle cellule linfocitarie T, bloccano la replicazione virale e la conseguente azione oncogena

del virus stesso. Il blocco è operato dal prodotto del gene cellulare Air-1, denominato Ciita, scoperto anni fa da Accolla, e avviene attraverso il legame tra Ciita e la molecola oncogenica del virus Htlv-1, chiamata Tax-1. Legandosi a Tax-1, Ciita ne impedisce sia la dislocazione a livello nucleare dove Tax-1 attiva la replicazione virale e scompagina i meccanismi di controllo del ciclo cellulare, sia l'azione sul fattore cellulare Nf-kB, che attivato da Tax-1 agirebbe di concerto per tenere sempre viva la replicazione cellulare e quindi la possibilità della cellula di subire mutazioni strumentali per la genesi del cancro. "Nel Laboratorio si lavora per controllare farmacologicamente l'espressione della molecola Ciita e quindi indurla dove e quando è necessario", aggiunge Accolla. "L'importanza di questa scoperta - conclude - sta anche nel fatto che il fattore Ciita è un potente attivatore della risposta immunitaria e quindi esercita un'azione duplice sul virus Htlv-1: da una parte lo blocca direttamente nella sua replicazione, dall'altra ne facilita l'eliminazione attraverso i meccanismi effettori del sistema immunitario".

<http://www.ansa.it>

Immagini shock su pacchetti sigarette aiutano contro fumo

Uno studio lo dimostra attraverso scansioni cerebrali

ROMA, FEB - Le immagini shock sui pacchetti di sigarette che arriveranno a breve anche in Italia in base al decreto entrato in vigore il 2 febbraio scorso, sono utili a combattere il vizio del fumo poiché innescano l'attività di aree del cervello coinvolte nelle emozioni e nel processo decisionale. E' quanto osservato tramite scansioni cerebrali da ricercatori della Georgetown University Medical Center di Washington. Lo studio, pubblicato sulla rivista Addictive Behaviors Reports, rafforza su basi biologiche la prova di come questi avvisi possano aiutare a cambiare i comportamenti. A 19 partecipanti fumatori tra i 18 e i 30 anni sono stati mostrati 64 confezioni di sigarette mentre veniva effettuata una risonanza magnetica funzionale. Alcuni pacchetti avevano immagini molto forti, come una bocca aperta con denti marci e un tumore sul labbro accompagnate dal testo: "Le sigarette causano il cancro". Altri non avevano immagini ed erano destinati a confrontare la risposta. I volontari hanno riferito una motivazione a smettere molto maggiore davanti a immagini grafiche e le scansioni confermavano il risultato. Di fronte a immagini shock, aree chiave del cervello come l'amigdala e la regione prefrontale mediale, "hanno mostrato risposte degne di nota", riporta Adam Greed, coautore dello studio. Come dimostrano studi precedenti, aggiunge, "l'amigdala reagisce agli stimoli emozionalmente potenti, soprattutto paura e disgusto. E le esperienze che hanno un forte impatto emotivo tendono ad avere un impatto sul processo decisionale". Inoltre "l'attività della regione prefrontale mediale è associata a processi di autoanalisi, "che possono aumentare l'impatto sulle scelte". I pacchetti senza nomi di marca come quelli utilizzati in Australia, invece, non hanno influenzato le risposte. (ANSA).

Nuove linee guida europee sulle vaccinazioni in adulti e anziani



19 febbraio 2016

Proseguono i lavori del **1° Congresso Internazionale dell'Associazione Mondiale per le Malattie Infettive e i Disordini Immunologici** (<http://www.waidid.org>), un evento importante che ha segnato il debutto della società scientifica nata nel 2014 e ha già registrato un record in termini di iscrizioni e grande entusiasmo per il valore e la qualità delle tematiche discusse.

La seconda giornata di lavori è stata l'occasione per presentare le Linee guida europee sulle vaccinazioni per adulti e anziani: difterite, tetano, pertosse, influenza, malattie pneumococciche, zoster, tra le principali patologie per cui sono disponibili e raccomandati i vaccini per le persone che hanno 65 anni o più.

“Le vaccinazioni rappresentano uno strumento fondamentale di prevenzione per ridurre le malattie e allungare la vita – sostiene **Susanna Esposito**, presidente WAidid. In Italia e in Europa assistiamo ad un rapido invecchiamento della popolazione caratterizzato da una maggiore vulnerabilità dovuta all'indebolimento del sistema immunitario. Per questo motivo raccomandiamo le vaccinazioni negli adulti e negli anziani per proteggerli da patologie come influenza, infezioni pneumococciche, pertosse ed herpes zoster.

Le linee guida europee - prosegue Esposito - sono il frutto di un lungo lavoro che abbiamo realizzato con un team di esperti internazionali e presentarle oggi è per noi un importante traguardo. Le vaccinazioni sono fondamentali per prevenire anche gravi complicanze causate dai virus e il loro impatto sul declino funzionale collegato all'avanzamento dell'età. E non ultimo, è necessario sottolineare come, oltre a migliorare la qualità della vita, in termini di benessere, un'ampia copertura vaccinale per gli adulti contribuisca anche ad una significativa riduzione della spesa sanitaria”.

Al momento, in Europa e in Italia sono raccomandati i seguenti vaccini per la popolazione adulta di età pari o superiore ai 65 anni:

- **Difterite, Tetano, Pertosse (DTp)**: il vaccino è raccomandato ogni 10 anni. Nel 2012, sono stati riportati 27 casi di difterite in 8 paesi UE/EEA, la maggioranza erano adulti; 123 casi di tetano, (80% adulti) e 42.525 casi di pertosse riportati in 28 paesi UE/EEA.

- **Influenza:** il vaccino è raccomandato ogni anno negli adulti con patologie croniche e nei soggetti di età pari o inferiore ai 65 anni. Nei paesi UE/EEA si registrano 38.500 decessi ogni anno di cui il 90% nella popolazione adulta.
- **Malattie pneumococciche:** sono disponibili due vaccini antipneumococco per gli adulti, il PPV23 e il PCV13, entrambi efficaci e ben tollerati. Possono essere somministrati insieme al vaccino antinfluenzale e attualmente non è raccomandata una dose di richiamo. Nel 2012, sono stati riportati da 27 paesi UE/EEA, 20.785 casi confermati di malattie invasive pneumococciche, prevalentemente negli adulti.
- **Zoster:** è disponibile un vaccino per adulti che non può essere somministrato in soggetti con immunodeficienza. Non è raccomandata una dose di richiamo. A causa della riattivazione del virus zoster che rimane latente dopo la varicella, lo zoster presenta più di 1.7 milioni di nuovi casi ogni anno in Europa in tutte le fasce di età. Ma il rischio aumenta con l'avanzare dell'età. Più del 40% degli over 60 che hanno avuto l'herpes zoster per esempio soffrono di nevralgia post-erpetica.

Nel pomeriggio, i lavori congressuali proseguiranno con un altro interessante dibattito, ancora in ambito vaccinazioni, sulla strategia di vaccinazione universale contro la varicella, condotta durante l'età pediatrica e già adottata in molti Paesi del mondo. Il raggiungimento e mantenimento di elevati tassi di copertura vaccinale consentono di interrompere la circolazione del virus, diminuire i costi correlati alla malattia e proteggere i soggetti a elevato rischio di complicanze.

Ogni anno in Europa la varicella colpisce il 5% circa dei bambini e adolescenti fino a 14 anni, con circa 500.000 casi per anno. La fascia di età più colpita è quella tra 1 e 4 anni. Anche se più rara, la varicella può colpire anche ragazzi più grandi e adulti; in particolare, i dati mostrano che circa il 10% della popolazione tra 20 e 40 anni non ha ancora contratto l'infezione, ed è quindi a rischio di ammalarsi. In generale, sono a rischio di sviluppare forme gravi di varicella tutti i soggetti immunocompromessi, le donne in gravidanza, i neonati e gli anziani.

In Europa, l'efficacia della vaccinazione a 10 anni di distanza del vaccino antivariella è del 94% con una dose e del 98% con due dosi.

“La varicella rappresenta la più diffusa malattia infettiva prevenibile mediante vaccinazione in Italia - sottolinea **Giovanni Gabutti**, Professore Ordinario, vicedirettore del Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara. Nonostante la disponibilità del vaccino in almeno 14 Paesi europei la vaccinazione antivariella non è ancora molto utilizzata. Molti Paesi offrono la vaccinazione ai gruppi a rischio piuttosto che universalmente a tutti i bambini. Eppure, la vaccinazione universale con offerta attiva e gratuita per la popolazione generale è l'unico strumento in grado di prevenire la trasmissione e la circolazione del virus della varicella”.

In Italia, attualmente, la vaccinazione universale è offerta in 12 Regioni su 20 in aggiunta alla somministrazione del vaccino trivalente (MPR) o attraverso il vaccino quadrivalente. La vaccinazione con due dosi è l'unica proposta in Italia: la prima dose tra il 13 ed il 15esimo mese di vita e la dose di richiamo a 5/6 anni. La scelta della doppia dose è fondamentale per evitare o, comunque, ridurre al minimo il rischio di insuccessi vaccinali.

[\[chiudi questa finestra\]](#)

R2/ LA COPERTINA

La carica dei farmaci low cost
ecco come scegliere quelli giusti

MICHELE BOCCI, ANDREA SELVA E UMBERTO VERONESI

Quanto vale il farmaco low-cost

I medicinali a prezzi bassi sono un azzardo oppure l'unico rimedio per chi vuole risparmiare o ha bisogno di terapie impossibili da trovare nel proprio Paese? Nell'economia globalizzata di Big Pharma questi prodotti sono sempre più competitivi. Così, ogni anno, sono in molti ad affidarsi a cure a buon mercato. Ma, soprattutto online, crescono le truffe: e a volte si acquista merce contraffatta e dannosa, gestita da organizzazioni criminali

Negli Usa quello per l'epatite C costa 84mila dollari. In Egitto solo poche centinaia di euro

MICHELE BOCCI

È l'unica speranza di chi vuole l'accesso alle cure per gli ultimi del pianeta ma anche di chi cerca medicinali impossibili da ottenere nel suo Paese e infine, più banalmente, di chi ha necessità di risparmiare senza allontanarsi dalla farmacia sotto casa.

Nel mercato globalizzato di Big Pharma il medicinale low cost, resiste strenuamente alla spinta sempre più forte verso il business, anche se trova la sua origine proprio in questo fenomeno. Uno dei postulati del sistema economico creato dalle grandi industrie prevede infatti che il prezzo di ciascun medicinale sia diverso a seconda della nazione dove viene commercializzato. Una molecola negli Usa può costare un po' di più che in Europa, dove in ogni Paese ci sono tariffe diverse, e enormemente di più che in Nord Africa o India. «Per forza, se su quei mercati usassero listini paragonabili ai nostri le case farma-

ceutiche non incasserebbero niente», chiarisce Silvio Garattini dell'Istituto Mario Negri. Si cerca di ottenere il massimo possibile da ogni Stato, poco male se questo meccanismo svela quanto sono alti i margini di guada-



gno.

Anche per questo sistema chi ha necessità di una cura ma non riesce ad ottenerla da noi si sposta. Impossibile avere i dati di quanti siano ogni anno a partire alla caccia della pasticca low cost. Si tratta di persone che a volte rischiano anche di incappare in medicinali contraffatti e quindi molto pericolosi. E infatti in molti casi spendere meno vuol dire rischiare, anche e soprattutto se non ci si sposta da casa ma ci si rivolge al canale online, dove la contraffazione farmaceutica è in mano a organizzazioni criminali, visti i fatturati che assicura.

«A metà degli anni '90 i malati di Aids si spostavano all'estero per procurarsi trattamenti salvavita qui ancora non disponibili», raccontano dall'associazione Anlids. In molti casi infatti non è tanto il prezzo a rendere proibitiva la cura da noi, perché questa è a carico del sistema sanitario, quanto il fatto che un certo medicinale non è ancora in commercio ma già disponibile in altri Paesi. Inoltre succede che la scelta di mettere criteri di precedenza nell'accesso alle terapie spinga i malati esclusi a prenotare un biglietto per un viaggio all'estero.

I nuovi farmaci per l'epatite C offrono un esempio calzante. All'inizio Gilead ha proposto agli Usa il suo sofosbuvir a oltre 84 mila dollari per trattamento di 12 mesi. In Europa si è prima dimezzata la cifra di partenza poi si sono fatti accordi con nuovi ribassi. In Egitto però il medicinale si compra con alcune centinaia di euro. In Italia si conta di finire entro l'estate di sottoporre a terapia i 50 mila pazienti in condizioni peggiori spendendo 750 milioni di euro. Ma i malati sono molti di più, così qualcuno anche se non ha una fase avanzata della malattia se ne va verso il farmaco low cost. Ivan Gardini è presidente dell'associazione di malati EpaC: «Almeno 10 nostri associati sono andati in India o in Egitto. Si sono portati la ricetta italiana ma qualcuno si è addirittura fatto visitare in un ospedale indiano. Il costo è di circa 1.500 euro a terapia. Sono persone che non vogliono aspettare il peggioramento della malattia. Va trovata una soluzione: tutto questo un domani potrebbe succedere per tumori o diabete». I farmaci innovativi

sono sempre più cari e c'è davvero il rischio che i sistemi sanitari nazionali non riescano a sostenere la spesa per acquistarli. Sarebbero costretti a scegliere con criteri sempre più stringenti a chi darli, alimentando altri spostamenti. Anche l'industria è chiamata in causa, visti i profitti. Si stima che Gilead solo nel 2015 abbia fatturato con gli anti-epatite 19 miliardi di dollari.

Fondamentale per la cura di milioni di persone nel terzo mondo è la sopravvivenza della "farmacia dei Paesi in via di sviluppo", cioè proprio l'India, patria del farmaco low cost. Medici senza frontiere ha avviato una campagna contro la pressione esercitata dagli Usa per far modificare le politiche indiane sulla proprietà intellettuale: «Milioni di persone potrebbero perdere la possibilità di fruire di farmaci economicamente accessibili». Il Paese ha una legislazione che permette di non rispettare la naturale scadenza dei brevetti se ci sono esigenze di salute pubblica. Inoltre, come spiega Silvia Mancini, epidemiologa di Msf, «hanno imposto di brevettare e mettere sul loro mercato soltanto i medicinali realmente innovativi. Come sappiamo, in Occidente si creano farmaci evergreen, cioè si interviene alla scadenza del brevetto per "rinfrescare" molecole con piccole modifiche. Così i prezzi restano alti. In India questo non viene permesso e si abbattano molto i costi, puntando sulla competitività dei generici. Così, ad esempio, in 10 anni il costo di alcune molecole per l'Hiv è passato da 10 mila a 100 dollari a paziente». Riguardo ai generici, sono diffusi da molti anni anche da noi e possono essere considerati low cost: costano meno e hanno portato ad abbassare il prezzo di quelli "di marca" con il brevetto scaduto. Chi li usa vuole risparmiare eppure resta uno zoccolo duro di cittadini tra i quali questi medicinali equivalenti non sfondano. E così ogni anno gli italiani spendono la bellezza di 1 miliardo di euro di tasca propria per pagare la differenza tra il costo del generico e quello del farmaco con il brand, non è rimborsato dal sistema sanitario. C'è chi fugge dall'Italia per trovare il farmaco low cost e chi snobba quello che ha in casa.

CONTRIBUZIONE RISERVATA

IL COMMENTO

Ma se nessuno paga i brevetti l'industria crolla

UMBERTO VERONESI

Il costo dei nuovi farmaci è uno dei problemi più drammatici della cosiddetta Medicina di Precisione, vale a dire la nuova frontiera figlia della rivoluzione del Dna, che ci ha svelato che alcune delle malattie più diffuse, fra cui il cancro, hanno origine da un danno ai nostri geni. Da allora, la ricerca di un nuovo farmaco non consiste più nel trovare un principio attivo in grado di distruggere un insieme di cellule, ma piuttosto nell'identificare quella precisa molecola in grado di riparare uno specifico gene danneggiato. È evidente che rispetto al passato il processo è molto più complesso, lungo e quindi costoso. Il prezzo di un farmaco, va sottolineato, non è determinato soltanto dalla sua produzione, ma, in larga misura, dagli investimenti in ricerca, in sperimentazione, in sviluppo clinico, oltretutto dalla protezione brevettuale. Tutto questo rende i farmaci di nuova generazione inaccessibili alla maggior parte dei sistemi sanitari pubblici. Che fare allora? L'India ha preso una decisione drastica nei confronti dell'ultimo farmaco salvavita contro l'epatite C, il sofosbuvir: ha deciso di non pagare i diritti di brevetto, con il risultato che il suo costo è crollato. Questa decisione ha ovviamente un lato positivo per la popolazione dei malati indiani, che è ampia e disagiata. Ma ne ha anche uno negativo, perché se tutti i Paesi — emergenti e non — si rifiutassero di pagare i brevetti, il mercato farmaceutico crollerebbe, con il rischio gravissimo della cessazione della produzione. Le aziende farmaceutiche possono modificare le loro strategie per venire incontro ai bisogni dei malati, ma sostanzialmente agiscono con un obiettivo di profitto, e se non lo ottengono l'intero settore può smettere di funzionare. La soluzione che si può ipotizzare — e l'unica che al momento vedo possibile — è quindi di creare enti no-profit per la produzione di nuovi farmaci a livello di continenti, sovvenzionati dai sistemi di welfare dei diversi Paesi. Una società europea per il farmaco senza scopo di lucro, è una mia proposta da tempo.



1,5 mln

EPATITE C

Si stima che siano quasi un milione e mezzo gli italiani venuti a contatto con il virus dell'epatite C (Hcv) che colpisce il fegato

74mila

EURO

È il prezzo al pubblico per una terapia contro l'epatite C 37mila euro è il costo, invece, per la sanità italiana. In India, la stessa terapia, costa appena 700 euro

300mila

PAZIENTI

Sono gli italiani contagiati dall'epatite C 50mila sono pazienti considerati gravi. E solo 14mila, tra questi, sono in terapia con i nuovi farmaci

100

DOLLARI

Sempre in India, anche i costi di altri medicinali sono molto più bassi che in Italia. In 10 anni, ad esempio, il costo di alcune molecole per l'Hiv è passato da 10mila a 100 dollari



L'allarme dell'Oms

2050: l'invasione dei "superbatteri"

L'abuso di antibiotici crea germi multiresistenti che in futuro saranno la principale causa di morte

LA RICERCA

Sono allo studio test rapidi in grado di riconoscere subito l'origine un'infezione

FEDERICO MERETA

ALZILAmo chi, mentre l'influenza avanza, anche se non in forma grave, non ha pensato di ricorrere a un antibiotico per guarire prima o ridurre i sintomi. Se siete tra queste persone, sappiate che state sbagliando. E non solo perché i virus non rispondono agli antibiotici, che invece attaccano i batteri. Con questo atteggiamento aiutate i germi a diventare sempre meno sensibili ai farmaci: quando ne avrete davvero bisogno, sarà più difficile trovare la cura giusta per la polmonite o per un'altra infezione.

Purtroppo la tendenza ad assumere antibiotici senza significato è diffusa: negli Usa, secondo i Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC), quasi il 50 per cento delle prescrizioni non risponderebbe a una reale necessità: purtroppo più di due persone ogni anno non riescono a vincere un'infezione batterica,

con oltre 23.000 decessi.

In Europa le cose non vanno meglio: quattro milioni di infezioni sono dovute a germi resistenti agli antibiotici con oltre 37.000 morti. Il problema si traduce anche in un pesante costo economico: nel Vecchio Continente un miliardo e mezzo di euro l'anno se ne va per questa situazione, che peraltro pare destinata a diventare sempre più drammatica: secondo l'Oms i "superbatteri" nel 2050 saranno la principale causa di morte.

E da noi? Purtroppo il quadro non è roseo. Siamo uno dei Paesi con la resistenza agli antibiotici tra le più elevate d'Europa. Dal 7 al 10 per cento dei pazienti vanno incontro ad un'infezione resistente e i decessi sono nell'ordine delle migliaia. A far paura sono soprattutto infezioni come le polmoniti, che rappresentano il 24 per cento del totale, e le cistiti (21 per cento).

«L'Italia è uno dei Paesi al mondo dove vengono usati più antibiotici, che vengono prescritti per forme batteriche, spesso a dosaggi troppo bassi, per cui i germi non muoiono e si selezionano ceppi resistenti» dice Claudio Viscoli, direttore della Clinica di malattie infettive dell'Università di Genova e presidente della Società italiana per la Terapia Antinfettiva. A volte, tuttavia, la capacità dei batteri a diventare



insensibili ai farmaci non è legata solamente alle cattive abitudini o a prescrizioni poco appropriate, ma anche a quello che mangiamo. In particolare, a volte si parla molto di resistenze che nascono negli allevamenti e poi si trasferiscono all'uomo, visto che i farmaci sono molto simili. Anche su questo fronte, tuttavia, si stanno prendendo adeguate contromisure.

«Se la dimostrazione scientifica del passaggio di ceppi resistenti dall'animale all'uomo è davvero molto limitata, ci sono casi di batteri resistenti isolati da animali o pro-

duzioni animali – precisa Giovanni Re, della Federazione Nazionale degli Ordini Veterinari Italiani «per questo occorre sempre più pensare a una “salute unica” di animali e umani, con gli operatori sanitari che debbono agire in questo senso. Va comunque detto che l'uso di antibiotici in veterinaria negli allevamenti intensivi è sovrastimato».

In attesa che la ricerca proponga nuovi farmaci, destinati comunque a popolazioni limitate, bisogna utilizzare al meglio quanto abbiamo. In questo senso un aiuto potrebbe venire da test rapidi in grado di riconoscere se un'infezione è di natura batterica o virale. Su “Science Translational Medicine”, un gruppo di

ricercatori ha annunciato che con un campione di sangue è riuscito a riconoscere già in pronto soccorso l'origine di un'infezione polmonare, scoprendo le “firme” genetiche di batteri o virus responsabili.

È un passo avanti, che comunque richiederà ancora tempo per diventare realtà. Intanto conviene fare attenzione, non solo a casa ma anche in ospedale. «Cattive abitudini favoriscono il passaggio da paziente a paziente di microorganismi, come il mancato o inappropriato uso dei guanti da parte del personale, la scarsa propensione al lavaggio frequente delle mani e l'uso di gel disinfettanti nel passare da un malato all'altro» conclude Viscoli.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Quattro regole fondamentali

- **Gli antibiotici non sono farmaci per automedicazione,** a differenza di quelli che vengono impiegati ad esempio per abbassare la febbre o curare il raffreddore, riconoscibili dal bollino che riporta la scritta “farmaco senza ricetta”. **L'autocura, in questo caso, è del tutto inadeguata e può risultare addirittura dannosa.**
- **I farmaci vanno usati solo quando necessario,** dietro **prescrizione medica, osservando scrupolosamente dosi e durata della terapia indicata dal medico.** L'interruzione spontanea della terapia o la riduzione delle dosi possono influire sull'efficacia del farmaco e sulla comparsa di resistenze batteriche.
- **Gli antibiotici non curano le malattie virali.** Patologie stagionali come raffreddore, influenza e altre affezioni da virus dell'apparato respiratorio vanno attentamente valutate dal medico, che è il solo in grado di stabilire se si è in presenza di un'infezione virale o batterica. **Senza ricetta, meglio non assumere questi farmaci.**
- **Spesso si sceglie l'antibiotico sulla scorta di una precedente esperienza** positiva, o magari perché si trova nell'armadietto dei medicinali. **È un grave errore. Le infezioni non sono tutte uguali e nemmeno l'antibiotico deve essere sempre lo stesso.** Il consiglio del medico è **fondamentale: un antibiotico “a largo spettro” non funziona sempre.**



Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

quotidianosanita.it

21 FEBBRAIO 2016

Contratti. "Quattro comparti e salvaguardia specificità". Arriva Atto di indirizzo del Ministro Madia. Dirigenza amministrativa, tecnico professionale Sanità nel comparto Regioni

Arrivano i "criteri direttivi" del Ministro della Funzione pubblica. Confermati i 4 comparti (Sanità - Regioni e Autonomie locali - Funzioni centrali, Stato, Enti pubblici non economici e Agenzie fiscali - Scuola, Università, Ricerca e Afam). Tema della rappresentatività demandato alla trattativa. Ora l'esame passa al Comitato di Settore delle Regioni per il parere e per gli indirizzi specifici per ogni comparto. [IL TESTO](#)

Costituzione di [quattro comparti](#) procedendo all'accorpamento sulla base delle maggiori affinità ma con la salvaguardia dei settori che sono caratterizzati da una spiccata specificità sotto i profili funzionale e professionale e che presentano una significativa rilevanza in termini numerici di addetti e di amministrazioni. Questi i principali criteri direttivi per l'Aran contenuti nell'Atto di indirizzo del Ministro della Funzione pubblica **Marianna Madia**. Un documento propedeutico alla ripresa della trattativa per i rinnovi contratti pubblici per gli anni 2016-2018. Ora il testo sarà all'esame dei Comitati di settori per i pareri. Al contempo proseguirà il lavoro degli stessi Comitati per fornire gli indirizzi specifici per ogni comparto.

Oltre alle misure di carattere generale per quanto riguarda la sanità nell'Atto d'indirizzo viene prevista "la collocazione del personale dirigente amministrativo, tecnico e professionale della sanità nel ruolo unico della dirigenza regionale con la conseguenza che lo stesso troverà una sua più coerente collocazione nell'area in cui saranno ricompresi i dirigenti amministrativi delle regioni".

Ma ecco una sintesi dell'Atto di indirizzo del Ministro della Funzione Pubblica:

L'Aran definirà l'accordo nazionale quadro attenendosi ai seguenti criteri direttivi:

- **Costituzione di quattro comparti:** (1) Sanità, (2) Regioni e Autonomie locali, (3) Funzioni centrali, Stato, Enti pubblici non economici e Agenzie fiscali, (4) Scuola, Università, Ricerca e Afam, procedendo all'accorpamento sulla base delle maggiori affinità (a cui in ogni caso potranno corrispondere massimo 4 aree dirigenziali separate);

- **Salvaguardia dei settori che sono caratterizzati da una spiccata specificità** sotto i profili funzionale e professionale e che presentano una significativa rilevanza in termini numerici di addetti e di amministrazioni.

Uniformità all'interno dei nuovi comparti. "Sarà compito della contrattazione uniformare la disciplina del rapporto di lavoro all'interno dei nuovi comparti, riconducendo, per quanto possibile, ad unitarietà la normativa contenuta nei diversi contratti collettivi nazionali riferiti ai dipendenti ricompresi nei suddetti comparti ed aree". Nei limitati casi in cui la specialità di alcune professionalità o di alcuni istituti

contrattuali siano tali da non consentire la piena o l'immediata omologazione delle discipline vigenti, il contratto collettivo nazionale di lavoro potrà prevedere norme differenziate tra i lavoratori appartenenti al medesimo comparto. In tali casi, il contratto quadro dovrà prevedere che, ferma restando l'unicità dei contratti collettivi di comparto e delle aree dirigenziali, gli stessi possano essere articolati in una 'parte comune', contenente gli istituti che si applicano ai lavoratori di tutte le amministrazioni inserite in ciascuno di essi e in una o più 'parti speciali o sezioni', dirette a normare alcuni aspetti del rapporto di lavoro che, anche nel nuovo contesto, necessitano di una distinta disciplina.

Dirigenza. "Per quanto riguarda le aree della dirigenza occorrerà temperare il principio, sancito dal legislatore, della corrispondenza tra l'assetto dei comparti e di quello delle aree con alcuni specifici aspetti che derivano dalle intervenute disposizioni legislative di cui la contrattazione dovrà tenere conto. Al riguardo, occorre, in particolare, tener presente che l'art. 11 comma1; lett b), numero 2), della legge 7 agosto 2015, n.124 ha previsto la collocazione del personale dirigente amministrativo, tecnico e professionale della sanità nel ruolo unico della dirigenza regionale con la conseguenza che lo stesso troverà una sua più coerente collocazione nell'area in cui saranno ricompresi i dirigenti amministrativi delle regioni".

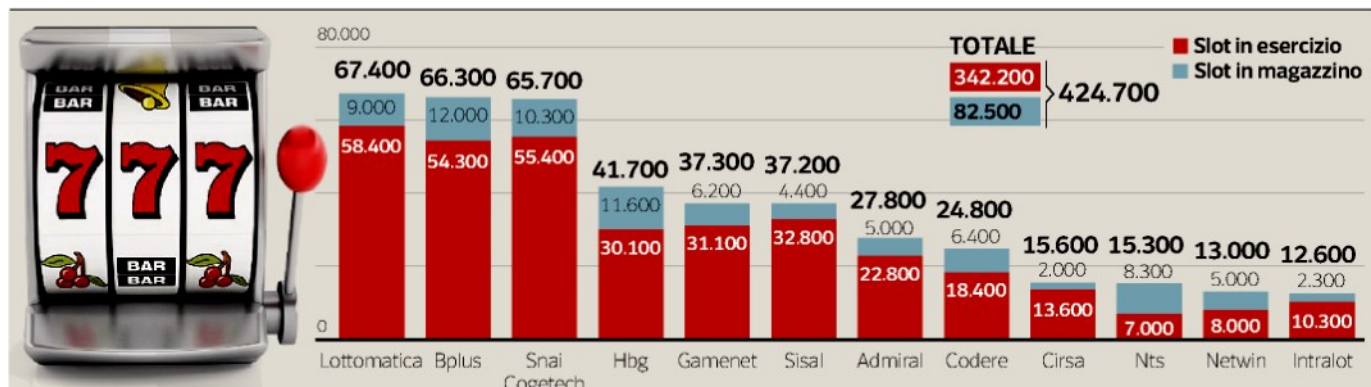
Rappresentatività. Possibili aggregazioni o riorganizzazioni. "Per quanto riguarda il profilo della rappresentatività delle organizzazioni e confederazioni sindacali rispetto ai nuovi comparti ed aree, sulla base dei dati da ultimo rilevati, la contrattazione potrà individuare eventuali soluzioni per favorire tempestivi processi di aggregazione o riorganizzazione che ritengano maggiormente funzionali rispetto alla nuova composizione dei comparti e delle aree stesse".

L.F.

IL CASO IL GIOCO D'AZZARDO

«Slot machine ridotte del 30%»

Ma sono quelle già in magazzino



d'Arco

Il boom

Nel 2000-2014 il Pil procapite è sceso del 7,5%. Per il fatturato del gioco +350%

di **Sergio Rizzo**

C'è chi sostiene che in fondo è un fenomeno naturale: si sa che durante i periodi di crisi aumenta il numero di quanti si affidano alla sorte. Sarà. Ma l'ineluttabilità di questo rapporto fra causa ed effetto può spiegare solo in parte, e in una parte molto piccola, quello che è successo in Italia. Fra il 2000 e il 2014, in un Paese dove il Pil procapite crollava del 7,5 per cento, il fatturato del gioco d'azzardo è cresciuto in termini reali del 350 (trecentocinquanta) per cento, a 84 miliardi e mezzo. Il 5 per cento del nostro prodotto nazionale. Per capirci: mentre la disoccupazione galoppante distruggeva a ritmi mai sperimentati nel secondo dopoguerra la ricchezza prodotta da ogni italiano, le bische legalizzate ingrassavano. Succhiando oltre il 10 per cento della cifra che gli italiani destinano ai consumi privati e facendoci così conseguire negli ultimi quindici anni l'unico record che possiamo vantare in Europa, per quanto niente affatto edificante. Quello, appunto, del giro d'affari del gio-

co d'azzardo. Con alcune significative implicazioni. Per esempio, il numero dei siti internet spuntati come funghi: trecentonovantuno. Niente male, per un Paese che sta ancora faticosamente superando la soglia dell'analfabetismo informatico. Per esempio, il numero delle slot machine: sono una ogni 140 residenti nel nostro Paese, neonati compresi. Con una diffusione pressoché doppia rispetto al resto dell'Unione europea. E anziché diminuire, come prevede la legge, minacciano addirittura di aumentare.

Conosciamo le argomentazioni dei sostenitori di questo gigantesco e maleodorante business. Se non fosse legale, sarebbe consegnato alla criminalità organizzata, e poi lo Stato incassa un sacco di soldi che altrimenti dovrebbe rastrellare aumentando le imposte, senza dire dei 120 mila addetti che ci lavorano. Come se quella del gioco d'azzardo non fosse di per sé una tassa occulta, e il sistema delle concessionarie, molte delle quali hanno sede a Cipro, Malta o Gibilterra, oppure hanno il capitale schermato da società fiduciarie, non contenesse elementi di opacità. Quanto alla criminalità organizzata, che sia fuori dal giro è tutto da dimostrare. E questo è il meno al confronto delle conseguenze sociali se è vero, come sostengono alcuni studi autorevoli, che la ludopatia colpisce ormai un italiano su

75.

Una situazione che ha responsabilità ben individuate e condivise. Da una parte lo Stato, dall'altra una lobby assai influente, capace com'è di rispondere colpo su colpo a ogni tentativo di ridimensionarne la sfera d'azione. Particolarmente istruttivo quello che è successo con l'ultima legge di stabilità. Mentre si sta scrivendo, a ottobre, spunta nelle bozze l'ipotesi di far aprire altri 22 mila punti gioco, con il progetto di raggranellare mezzo miliardo. La cosa più sconcertante è che questo succede quasi nelle stesse ore in cui il capo dello Stato Sergio Mattarella conferisce allo studioso Maurizio Fiasco l'onorificenza di Ufficiale dell'Ordine al Merito della Repubblica, testuale, «per la sua attività di studio e ricerca su fenomeni quali il gioco d'azzardo e l'usura, di grave impatto sulla dimensione individuale e sociale». Gioco d'azzardo, precisa la nota del Quirinale, «illegale e legale».

Scoppia una rivolta, con i grillini in prima linea, e il premier Matteo Renzi annuncia: «Con il nostro governo saranno ridotti a quindicimila i punti gioco. E segnatamente i bar con le macchinette verranno ridotti, da seimila potranno essere al massimo mille. La verità è semplice: noi stiamo riducendo i punti gioco in Italia e combattendo così l'azzardo. Chi dice il contrario mente».



L'offensiva prende corpo in un articolo della legge di stabilità che stabilisce una riduzione del 30 per cento delle slot machine. Però con una certa calma, nell'arco di quattro anni. Il 31 dicembre del 2019 non ce ne dovrebbero essere in attività più di 265 mila: una ogni 225 italiani. Comunque una cifra, in rapporto alla popolazione, ancora ben più elevata rispetto alla Spagna (una ogni 245 abitanti) e alla Germania (una ogni 261 tedeschi). Sul fatto poi che quel numero sia davvero tassativo, qualche dubbio c'è per com'è scritta la legge. Dice infatti che il taglio del 30 per cento dovrà essere applicato alle macchinette in circolazione alla data del 31 luglio 2015. Già, ma quante erano? Ed è qui che salta fuori una sorpresina. Perché alla fine dello scorso anno, giusto nei giorni in cui la legge di stabilità vedeva la luce, si scopre che nei magazzini ce ne sarebbero altre 82.500 rispetto alle 342.200 in esercizio. Per un totale di 424.700, che ridotto del 30 per cento fa poco meno di 300 mila: numero ben diverso dalle 265 mila di cui sopra. Interessante notare che in alcuni casi le slot rilevate in magazzino sono una percentuale niente affatto trascurabile di quelle attive. Per la Codere, il

35 per cento. Per la Hbg, il 39. Per Netwin, il 63. E per Nts le slot in magazzino sono addirittura più di quelle funzionanti: il 113 per cento. Vedremo come andrà a finire. Di sicuro il gioco d'azzardo continua a esercitare un fascino irresistibile nel Palazzo. Nel governo che si propone per legge di porre un freno al dilagare delle slot machine c'è ancora chi vorrebbe raddoppiare il numero dei casinò, riunendoli tutti sotto una holding. Pubblica, naturalmente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

 **La parola**

SLOT MACHINE

La slot machine in italiano ha un nome ancora più esplicativo: macchina mangiasoldi. Si tratta di un sistema di gioco d'azzardo molto comune nei casinò, ma — nelle versione più popolare — diffusissimo in molti bar e locali. Il regno della slot machine è certamente Las Vegas dove si può giocare tutta la notte e le macchinette sembrano un'enorme catena di montaggio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO

Babele di norme e ricorsi Ecco come si vanifica la lotta al gioco d'azzardo

Martini e Zanotti A PAGINA 13

Una Babele di leggi fa vincere l'azzardo

Lo Stato incassa quasi 8 miliardi all'anno, sindaci e governatori allontanano le slot dalle scuole e limitano gli orari. Raffica di ricorsi, una sentenza ogni 5 giorni. Scontro sulla lotta alla ludopatia. **Le Regioni: servono norme comuni**

87,8
miliardi
Il gioco d'azzardo non sente la crisi: nel 2015 gli italiani hanno «investito» 87,8 miliardi, secondo le stime dell'agenzia specializzata Agipronews. Al netto dei soldi restituiti in vincite, la spesa effettiva è stata di 17,3 miliardi: come dire 286 euro a cittadino, bimbi compresi
GABRIELE MARTINI
RAPHAËL ZANOTTI

Il 12 dicembre a Bolzano il Tar ribadisce la legittimità dell'ordinanza del Comune che vieta le slot machine nei 300 metri dai luoghi sensibili. Due mesi dopo, è il 10 febbraio, a Bologna il Consiglio di Stato sconfessa il sindaco: per i giudici non può stabilire una distanza minima delle macchinette dalle scuole. È così da anni. Città che vai, regolamento che trovi. E i giudici non sono da meno: ognuno per sé e nessuno per tutti. Mille metri o trecento, orari ridotti, ricorsi, contro-sentenze: la selva è inestricabile. Una babele che si autoalimenta a ogni giro: da una parte lo Stato, che non ha mai creato un quadro legislativo coerente che regolamenti il gioco d'azzardo; dall'altra Regioni e Comuni, che cercano

di mettere paletti per arginare le conseguenze sociali dei microcasinò: drogati di gioco, famiglie rovinare, suicidi.

Norme fai da te

Il terreno di scontro sono le aule dei tribunali. Solo negli ultimi due mesi i giudici amministrativi hanno emesso almeno dodici sentenze. Si viaggia al ritmo di un pronunciamento ogni cinque giorni. Com'è possibile? Partiamo dal principio. Quando è esplosivo il fenomeno delle slot machine, le prime regole le ha dettate lo Stato. Lo stesso Stato che, tra licenze e tasse, incassa. E pure parecchio: quasi 8 miliardi di euro nel 2015.

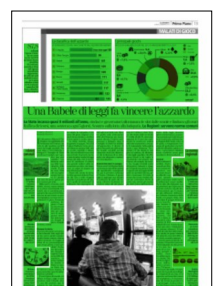
E così il gioco d'azzardo si è diffuso ovunque. Oggi ci sono province, come L'Aquila, dove c'è una slot machine ogni 83 abitanti. Le Asl denunciano l'aumento vertiginoso di persone colpite da ludopatia, il demone del gioco. Regioni e Comuni hanno iniziato a mettere le loro regole. In ordine sparso. Lo Stato centrale, invece, ha gettato la spugna. Nel 2012 il piano Balduzzi aveva previsto distanze minime delle sale da scuole, ospedali e chiese. Ma i decreti attuativi non sono mai arrivati. Il governo ha lasciato decadere anche la legge delega del 2014, che lo incaricava di riordinare il settore (con grande sollievo delle associazioni «no slot», che temevano un colpo di spugna sui vari divieti locali).

Siamo alle norme fai da te. A volte superano indenni l'es-

me dei Tar, a volte vengono bocciate. La tendenza dei giudici è quella di confermare le ordinanze che impongono limiti agli orari delle sale. Mentre quelle sulla dislocazione delle slot finiscono per essere spesso silurate. Proprio com'è successo a Bologna, dove il Consiglio di Stato ha definito «irragionevole» il divieto di gioco d'azzardo nei mille metri dai luoghi sensibili perché «mancano studi che dimostrino che la distanza di un chilometro sia adeguata a combattere la ludopatia».

Amministratori in campo

Finora sono 15 le Regioni italiane che hanno introdotto paletti alle macchinette «mangiasoldi», più le province autonome di Trento e Bolzano. A queste leggi si aggiunge una miriade di ordinanze da parte dei Comuni, «diverse centinaia» secondo le stime del sito gioco-news.it. L'ultimo è stato Verona: slot vietate dalle ore 13 alle 17 e dalle 22 alle 10. «Avevamo ragazzini di 13 anni che marinavano la scuola per andare nelle sale scommesse», racconta il comandante della polizia locale, Luigi Altamura. Tra i sindaci c'è chi chiude le sale gioco al mattino, chi allontana le slot dagli ospedali e chi offre sgravi fiscali a chi toglie le macchinette dal proprio bar. Genova, ad esempio, ha inserito tra i luoghi sensibili anche attrezzature balneari e spiagge. A Napoli non possono essere aperte sale nel raggio di 200 metri da sportelli bancari, postali o bancomat. Si tratta di norme che si sono rivelate efficaci per contrastare l'avvio di nuove sale, mentre gli esercizi già attivi prima dell'entrata in vigore delle leggi riescono spesso a farla franca. La manovra economica prevede che ora sia la Conferenza unificata Sta-



to-Regioni-Enti locali, entro il 30 aprile, a riorganizzare il sistema dei punti gioco con la finalità di «difendere salute e ordine». I governatori chiedono norme condivise senza però cancellare i divieti esistenti.

Imalati

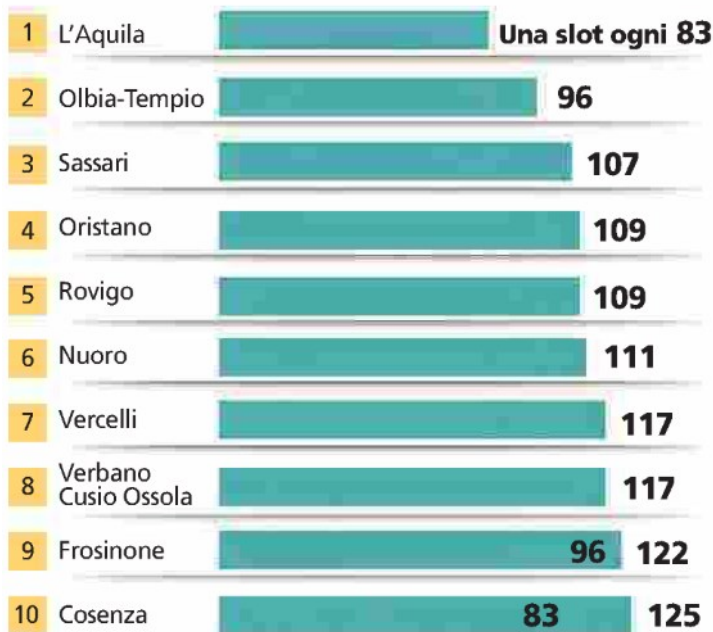
Resta evidente il conflitto d'interesse di uno Stato in versione biscazziere: con una mano incassa miliardi e con l'altra spende soldi (comunque molti meno: 50 milioni) per curare i malati. Che la lotta alla ludopatia non sia prioritaria per il governo lo dimostra anche la vicenda dell'«Osservatorio per il contrasto alla diffusione dell'azzardo». Istituito al ministero della Sanità nel giugno 2015, otto mesi dopo il gruppo di lavoro non si è mai riunito. Intanto il settore non sente crisi. Secondo le stime dell'agenzia Agipronews, nel 2015 è finita in azzardo la cifra monstre di 87,8 miliardi di euro. A farla da padroni sono slot e videolottery, che insieme sfiorano i 50 miliardi. Al netto dei soldi restituiti in vincite, la spesa è stata di 17,3 miliardi: come dire 286 euro a testa, neonati compresi.

A fare le spese di ritardi e incertezze è l'esercito trasversale dei ludopatici: 12 mila persone in cura. La punta di un iceberg, secondo i medici. Sono due milioni quelle a rischio. Già, perché la dipendenza dall'azzardo è ecumenica. C'è l'operaio sbranato dai debiti, c'è il primario che in pochi mesi dilapida i risparmi di una vita, c'è il ragazzino nel tunnel dei casinò via smartphone, c'è la pensionata che brucia la pensione in un pomeriggio. L'unica costante è che il banco vince. Sempre.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

La classifica dell'azzardo

LE 10 PROVINCE CON PIU' MACCHINETTE DELL'AZZARDO PER ABITANTI



I principali giochi

RACCOLTA IN MILIARDI DI EURO NEL 2015 E VARIAZIONE RISPETTO AL 2014

