



RASSEGNA STAMPA

23/02/2016

1. SOLE 24 ORE SANITA' Pillole tra microtetti e payback
2. DIRE Tumore al collo dell'utero: in Italia 2.100 nuovi casi nel 2015
3. METRO Tumore alla prostata corazzato
4. CORRIERE.IT Cancro alla prostata, scoperta la «corazza» che lo rende inattaccabile
5. ANSA Funziona vaccino Hpv, tasso virus crolla di due terzi
6. STAMPA Int. Anna Oliverio Ferraris - "Su dieta e vaccinazioni vietato improvvisare"
7. SOLE 24 ORE I «camici bianchi» incrociano le braccia
8. SOLE 24 ORE Caos sulle ricette per gli esami «inutili»
9. LIBERO QUOTIDIANO Ecco quando conviene curarsi con il privato
10. SOLE 24 ORE SANITA' Corte conti: spending taglia servizi
11. ASKA NEWS Francia: virus Zika, autorità raccomandano uso del preservativo
12. LIBERO QUOTIDIANO Una giornata speciale per ricordarsi delle malattie rare
13. SOLE 24 ORE SANITA' Malattie rare, i pazienti chiedono
14. REPUBBLICA Idea: tassiamo le lattine così più paghi meno bevi
15. SECOLO XIX Il farmacologo che "spara" contro la Sla
16. AVVENIRE Cresce il numero di donatori d'organi
17. REPUBBLICA Vade retro zucchero - Zuccheri sotto accusa si cambia dieta
18. REPUBBLICA Il superbatterio della porta accanto
19. QUOTIDIANO SANITÀ Un programma online cura insonnia e depressione

**Farmaci d'ospedale
ipotesi sconto**

Si profila la possibilità di uno "sconto" del 10-20% per le imprese sui ripiani della spesa farmaceutica ospedaliera. Il rosso a loro carico nel 2013-2015 sarebbe di 1,8 mld, con 1,7 di rosso totale solo nel 2015. Le ipotesi di governance al tavolo Governo-Regioni.

A PAG. 4

GOVERNANCE/ Rosso in corsia da 1,7 mld nel 2015 - Per le imprese ripiani a 1,8 mld

Pillole tra microtetti e payback

Allo studio transazione con sconto del 10-20% - L'ipotesi del fondo oncologia

È un rosso shock quello che si sta profilando per la spesa farmaceutica ospedaliera pubblica. Secondo le proiezioni a fine anno depositate al tavolo sulla governance farmaceutica sulla base dei dati di monitoraggio gennaio-ottobre, nel 2015 il disavanzo sfiorerà 1,695 mld di euro.

Risultato: secondo la logica del fifty-fifty imprese-Regioni, per le industrie farmaceutiche si prospetterebbe un pay back da 847,08 mln. La cifra più alta da anni e anni a questa parte. E "sotto risultato": il ripiano a loro carico sarebbe dal 2013 al 2015 dell'ordine di 1,809 mld. Una cifra da capogiro. E da capogiro anche per le Regioni, che hanno ansia e bisogno di far cassa e dare certezza ai loro bilanci, dopo che le pronunce del Tar per mancanza di trasparenza hanno mandato gambe all'aria le procedure messe in moto dall'Aifa per i ripiani degli anni passati.

E con queste cifre davanti che al tavolo della governance farmaceutica si sta ragionando dei capitoli pay back e tetti. Materie spinose, delicatissime. Sulle quali se forse non si deciderà a strettissimo giro di posta, certamente tutte le parti istituzionali (Governo, Regioni, Aifa) hanno ormai sempre più chiaro che serve un intervento per rifare ordine, trasparenza e certezza sulla materia.

Ecco così che è spuntata anche l'ipotesi di arrivare a transazioni con le imprese interessate dalla spesa ospedaliera per cercare di mettere in cassaforte una qualche certezza di introiti. Si ragiona così su transazioni dell'ordine dell'80-90% delle cifre dello sfondamento in ballo. Questo per il passato. Aspettando che dal tavolo emergano le soluzioni per il futuro alla voce pay back.

Un aiuto all'industria farmaceutica che non piace ai Cinquestelle: «Valgono più di 2 miliardi gli errori dell'Aifa - ricorda una nota dei pentastellati - certificati dal Tar Lazio, in merito al pay back della spesa farmaceutica. È questo il risultato della governance, troppo accomodante nei confronti della potente lobby di Big Pharma, che sta determinando un sistema non più in grado di rispondere alle esigenze dei pa-

zienti. Nella Manovra 2016 il Governo ha provato a mettere una toppa al problema del pay back (commi 702 e 703) per permettere di contabilizzare gran parte delle risorse che le aziende farmaceutiche devono restituire alle Regioni per gli anni 2013 e 2014. Oggi scopriamo che si vuol trovare una soluzione, anche per gli sforamenti del 2015, con sconti inaccettabili a vantaggio delle aziende».

Intanto il tavolo della governance tira dritto e cerca di trovare il veicolo legislativo (ci vuole una legge) giusto e adatto alla duplice bisogna. Da un lato il nodo pay back dall'altro il rebus dei tetti, a partire da quello per l'ospedaliera (ma non solo) che s'è rivelato fragilissimo e fallace.

Ecco così che sono spuntate ipotesi di più microtetti. L'ha lanciata per prima l'Aiom, mettendo sul tavolo quella di un fondo ad hoc per gli oncologici sul modello del Cancer Found Uk, anche pescando su una tassa ad hoc da 1 centesimo sulle accise per le sigarette. Viziato portatore di tumori per eccellenza. Ipotesi ripresa a stretto giro dall'Aifa.

Fatto sta che, a quanto pare, le Regioni non ci stanno, vedono rischi a loro carico. Altri sostengono che, se non si è stati capaci di gestire il tetto unico dell'ospedaliera, come si può pensare di gestirne tanti? Senza dire che in Gran Bretagna il Cancer Found è stato mestamente superato, stante la palese difficoltà di gestione sul piano della ripartizione e dell'accesso. Farebbe di meglio l'Italia? E poi sarebbero d'accordo tutte le industrie, dato che, ad esempio per l'oncologia, il 50% dei 2,5 mld di mercato sono in mano a un pugno di (tre) aziende? Tanti dubbi che si affacciano al tavolo. Dove le proposte Aifa e Aiom sono però sul piatto.

Come hanno assicurato **Mario Melazini** e **Luca Pani**, presidente e dg dell'Aifa, l'ipotesi di spacchettare il tetto della spesa farmaceutica per macroaree terapeutiche è già da qualche tempo all'esame di Salute e Mef. E il tavolo di giovedì scorso è stata l'occasione per approfondirne «la fattibilità».

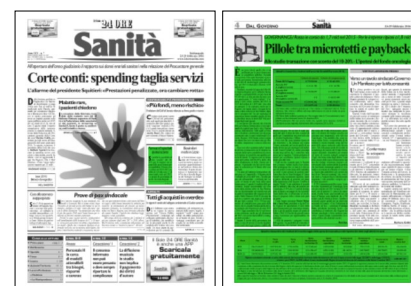
«Aifa ha proposto - spiegano i vertici dell'agenzia - la possibilità di svincolare il finanziamento dei farmaci innovativi ad

alto costo dal Fondo farmaceutico nazionale e di istituire dei budget specifici per ciascuna area terapeutica, non solo per l'oncologia». Una modalità che, come sostiene anche Aiom, «consentirebbe di distribuire le risorse tenendo conto dell'impatto delle nuove molecole sulle diverse aree». Ma Aifa pensa anche di rivedere la metodologia di calcolo del Fondo farmaceutico nazionale «basandosi ad esempio sul tasso di crescita annuale composto (Cagr), che tiene conto degli ultimi 5 anni dello storico della spesa farmaceutica alla luce dei risultati veramente ottenuti e disinvestendo dalla rimborsabilità di prodotti che non hanno mantenuto quanto ci si attendeva in termine di efficacia e/o sicurezza. Questi dati andrebbero poi corretti alla luce di un "horizon scanning" che, visto il suo ruolo e l'autorevolezza internazionale raggiunta, l'Aifa potrebbe svolgere per i tre anni successivi».

Il 2016 insomma potrebbe essere l'anno di svolta. Soprattutto per l'oncologia, tra le aree più critiche (nel 2015 in Italia 363.300 nuovi casi di tumore). E i prezzi dei trattamenti, ricorda Aiom, «pur essendo tra i più bassi d'Europa sono duplicati, da 4.500 dollari a più di 10mila al mese». Sarebbe il momento giusto quindi per un intervento nazionale sul cancro. «Con l'istituzione di un fondo ad hoc - sottolinea **Carmine Pinto**, presidente nazionale Aiom - che contribuisca al rimborso alle Regioni dei farmaci oncologici a forte carattere innovativo. Questo fondo costituirebbe la risposta politica alla sfida del secolo».

Red.San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Quadro riassuntivo dei risultati del monitoraggio della spesa farmaceutica e del rispetto dei tetti negli ultimi tre anni

Anno	Fsn	Tetto 11,35%	Tetto 3,5%	Spesa farmaceutica territoriale (2)	Spesa farmaceutica ospedaliera	Scostamento assoluto territoriale	Scostamento assoluto ospedaliera	Scostamento totale	Ripiano a carico Azf
2013	106.412.426.471	12.077.810.404	3.724.434.926	12.127.628.464	4.497.652.062	-49.818.060	773.217.135	823.035.195	436.426.628
2014	109.268.084.258	12.401.927.563	3.824.382.949	12.216.786.647	4.874.181.824	-185.140.916	1.049.798.875	1.049.798.875	524.899.438
2015 (1)	109.070.768.261	12.379.532.198	3.817.476.889	12.363.580.470	5.513.439.097	-15.951.728	1.695.962.208	1.695.962.208	847.981.104
Ripiano cumulativo triennale a carico delle aziende farmaceutiche derivante dallo sfondamento dei tetti di spesa ai sensi della legge 222/2007 e della legge 135/2012, al netto - per il 2015 - dei 500 milioni di euro rimborsati alle Regioni ai sensi del decreto del ministero della Salute 9 ottobre 2015									1.809.307.169

(1) I valori fanno riferimento alla previsione annuale, al 31 dicembre 2015, costruita sulla base dei dati di monitoraggio gennaio-ottobre 2015. Al riguardo è opportuno precisare che la tenuta della previsione dipende dalla consistenza e dalla completezza dei dati trasmessi dalle Regioni, relativi alla spesa per la distribuzione diretta e per conto di fascia A, ovvero dall'eventuale incremento della spesa media mensile negli ultimi due mesi del 2015, o dall'eventuale rettifica da parte delle Regioni dei dati dell'intero 2015 comunicati al ministero della Salute, attraverso il flusso delle eccezioni. La spesa farmaceutica è stata calcolata al netto dei 500 milioni di euro rimborsati alle Regioni ai sensi del decreto del ministero della Salute 9 ottobre 2015 («Rimborso alle Regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi») e non inclusi nel tetto della spesa farmaceutica territoriale ai sensi dell'articolo 1, comma 569, della legge n. 208 del 28 dicembre 2015 (leggi di Stabilità 2016).

(2) La spesa farmaceutica territoriale è stata calcolata al netto dei valori rimborsati al Sistema sanitario nazionale con criterio di competenza di cui alla tabella in alto (ovvero considerando il valore atteso delle confezioni gratuite erogate oltre per il trattamento oltre la 12-ma settimana di pazienti che hanno completato il trattamento entro il 31 dicembre 2015)

Quadro riassuntivo risultati dell'accordo Sovaldi/Harvoni (2015)

	Criterio di cassa (1)	Criterio di competenza (2)
Totale 2015 Capping	€ 77.935.036	€ 152.653.995
Accordo P/V (I scaglione sconto)	€ 41.161.785	€ 41.161.785
Accordo P/V (II scaglione sconto)	€ 193.780.597	€ 193.780.597
Accordo P/V (III scaglione sconto) (3)	€ 0	€ 168.231.989
Totale accordo P/V	€ 234.942.382	€ 403.174.371
Totale	€ 312.877.418	€ 555.828.366

(1) Valore delle confezioni gratuite per il Ssn relative ai trattamenti oltre la 12-ma settimana. Tale criterio è definito sulla base dell'emissione di note di credito da parte dell'azienda farmaceutica

(2) Valore delle confezioni gratuite per il Ssn erogate oltre la 12-ma settimana in tutti i pazienti con fine trattamento entro il 31 dicembre 2015

(3) Procedimento Aifa non ancora svolto che, quando verrà emanato, recherà la ripartizione su base regionale, distintamente dalla competenza 2015 e 2016

<http://www.dire.it/>

TUMORE AL COLLO DELL'UTERO: IN ITALIA 2.100 NUOVI CASI NEL 2015



In Italia solo il 70% delle dodicenni aderisce alla vaccinazione contro il Papilloma Virus Umano (HPV). Tre ragazze su dieci, quindi, non sono coperte da questo strumento di prevenzione che è in grado di proteggere da una delle neoplasie più frequenti nelle giovani donne: il tumore del collo dell'utero, che **nel 2015 in Italia ha fatto registrare circa 2.100 nuovi casi. Non solo.**

L'HPV può causare il cancro a altre parti del corpo come vulva, vagina, pene, ano, bocca e faringe. "Esistono oltre 120 varianti dell'HPV- fa sapere l'Aiom (Associazione italiana di Oncologia Medica)- che si differenziano a seconda del tessuto che colpiscono e per la gravità degli effetti. I tipi 16 e 18 sono ad alto rischio e sono responsabili di circa il 70% di tutti i tumori del collo dell'utero e possono causare anche il cancro a vulva, vagina e ad altre parti del corpo- conclude- come ano e pene e al distretto testa-collo".

Tumore alla prostata corazzato

TRENTO Il cancro alla prostata si trasforma, formando una sorta di “corazza”, per resistere ai trattamenti farmacologici. Lo ha scoperto uno studio al quale hanno collaborato ricercatori dell’Università di Trento, della Weill Cornell Medicine University di New York e

ilDana Farber Cancer Institute di Boston. Gli studiosi, cercando di capire perchè alcuni pazienti allo stadio avanzato della malattia diventavano “resistenti” alle cure, hanno scoperto che il tumore alla prostata cambia nutrimento per resistere ai trattamenti (dal classico

adenocarcinoma si sviluppa in una forma neuroendocrina). Alcune cellule «cambiano natura e prendono il sopravvento sulle altre». Per frenarle, hanno suggerito ora i ricercatori, l’unico modo efficace è interrompere la cura e cambiare protocollo farmacologico. **METRO**

<http://www.corriere.it/salute/>

Cancro alla prostata, scoperta la «corazza» che lo rende inattaccabile

Il tumore «si trasforma» e cambia nutrimento per resistere ai trattamenti. La scoperta dei ricercatori, fatta studiando alcuni pazienti che diventavano «resistenti» alle cure, potrebbe aumentare l'efficacia delle terapie in stadio avanzato



Perché alcuni pazienti affetti da cancro alla prostata allo stadio avanzato ad un certo punto della cura smettono di rispondere alle terapie? Attorno a questa domanda si è sviluppato lo studio condotto da alcuni ricercatori dell'Università di Trento in collaborazione con la *Weill Cornell Medicine University* di New York e il *Dana Farber Cancer Institute* di Boston. La loro analisi ha condotto ad un'importante scoperta, [pubblicata recentemente sulla rivista scientifica *Nature Medicine*](#). Una scoperta che apre a nuove possibilità terapeutiche per questi pazienti, ma che potrebbe permettere anche di aumentare l'efficacia nella diagnosi del cancro neuroendocrino alla prostata.

Quando il tumore cambia: da adenocarcinoma a neuroendocrino

Principale causa di morte per tumore nella popolazione maschile, il cancro alla prostata colpisce oggi un uomo su 16 nel nostro Paese. Secondo le ultime stime l'incidenza della malattia è in aumento con oltre 36mila i nuovi casi registrati ogni anno e un tasso di sopravvivenza attorno al 70 per cento a cinque anni dalla diagnosi (dati AIRC sul 2012). Per trattare pazienti con tumore allo stadio avanzato oggi si impiegano solitamente terapie farmacologiche che, benché inizialmente efficaci, a lungo andare si rivelano spesso inutili. Alcuni pazienti, poi, sviluppano una resistenza al trattamento in seguito alla trasformazione di un «classico cancro alla prostata» (detto adenocarcinoma) in una forma neuroendocrina. Come e perché avvenga

questa trasformazione, sono aspetti su cui la comunità scientifica finora si è

Tecnologie avanzate per capire la genomica del tumore

La svolta nella comprensione di questi meccanismi arriva da questo nuovo studio, frutto di un lavoro interdisciplinare tra scienziati di varie università. I ricercatori hanno messo in campo le più avanzate tecnologie per sequenziare i dati delle biopsie di oltre un centinaio di pazienti ed esaminare il fenomeno della resistenza ai farmaci: hanno così scoperto le peculiarità genetiche, epigenetiche e molecolari del cancro neuroendocrino alla prostata. «Abbiamo utilizzato la genomica per comprendere meglio come si sviluppi il cancro neuroendocrino alla prostata – spiega Himisha Beltran, assistant professor of medicine alla *Weill Cornell Medicine* e responsabile delle attività cliniche presso il *Caryl and Israel Englander Institute for Precision Medicine* -. Questi tumori sembrano originarsi per evoluzione clonale da un tipico cancro alla prostata». Al Centro di Biologia Integrata (Cibio) dell'Università di Trento è stata invece condotta l'analisi computazionale che sostiene lo studio.

Le cellule cancerose modificano «pelle e dieta» per sopravvivere

«Per sfuggire al successo del trattamento farmacologico, un tumore letteralmente si trasforma in un altro - spiega Francesca Demichelis, professoressa al Cibio e coordinatrice dello studio -. L'adenocarcinoma evolve in un tumore neuroendocrino e il modo in cui questa evoluzione avviene, questa capacità di trasformarsi per resistere alle terapie, ci ha colpito. Alcune cellule cambiano natura e prendono il sopravvento sulle altre. Al microscopio appaio diverse dalle altre per forma e per dimensione. Il loro contenuto è marcatamente differente. È come se si fossero costruite una sorta di corazza e nuove modalità di sostentamento per sopravvivere. Imparano cioè a fare a meno del loro sostentamento primario precedente. In sostanza, è come se cambiassero dieta per difendersi. Per frenarle, l'unico modo è interrompere la cura e cambiare protocollo farmacologico. I dati che abbiamo generato possono aiutare l'identificazione di molecole in grado di attaccare queste cellule finora intoccabili». Una sfida per la medicina di precisione: poter mettere a fuoco le caratteristiche della malattia permetterà infatti ai ricercatori di sviluppare biomarcatori (molecole che permettono di individuare e isolare un particolare tipo di cellule) in grado di indicare tempestivamente il momento in cui inizia la resistenza alle terapie. Questa vasta banca dati di informazioni generata dallo studio inter-istituzionale potrà ora essere a disposizione di tutta la comunità scientifica per lo sviluppo di nuovi approcci terapeutici nei pazienti resistenti alle cure previste dagli attuali protocolli medici.

<http://www.ansa.it>

Funziona vaccino Hpv, tasso virus crolla di due terzi

Studio Usa, benefici anche per fasce con basso tasso vaccinazione



Funziona vaccino Hpv, tasso virus crolla di due terzi

La raccomandazione del vaccino contro il papillomavirus negli Usa ha fatto crollare di due terzi l'incidenza dell'Hpv, tra i principali responsabili dei tumori cervicali. Lo afferma uno studio del Cdc statunitense a dieci anni dall'introduzione dell'immunizzazione pubblicato dalla rivista Pediatrics.

L'analisi ha esaminato i dati sulla prevalenza del virus nelle ragazze e nelle giovani donne tra il 2003 e il 2006, anno di introduzione della raccomandazione, e tra il 2009 e il 2012.

Nella fascia tra 14 e 19 anni la presenza del virus è diminuita del 64%, mentre in quella sopra i 20, in cui il tasso di vaccinazione è molto più basso, c'è stata comunque una riduzione del 34%. I numeri, affermano gli autori, sono addirittura migliori di quelli attesi. "Il fatto che vediamo una diminuzione maggiore di quella che aspettavamo coi tassi di vaccinazione che avevamo - scrivono - suggerisce che ci potrebbe essere qualche effetto di 'immunità di gregge', e che il vaccino inizia ad essere efficace anche prima di terminare la serie di iniezioni".

Il vaccino per l'Hpv è uno dei più controversi negli Usa, perchè i medici sono riluttanti a consigliarlo per non dover affrontare il tema spinoso della sessualità delle adolescenti, dato che il virus si trasmette permvia sessuale.

La psicologa: su dieta e vaccinazioni vietato improvvisare

Anna Oliverio Ferraris: i no ai figli devono sempre essere motivati

FABIO DI TODARO

Per anni a dire di «no» sono stati i figli: durante l'infanzia e l'adolescenza. Adesso a sbarrare la strada si mettono loro, le mamme: no al pannolino, dei vaccini si può fare a meno, meglio svezzare un figlio senza la carne. «Prima c'erano poche regole condivise da tutti. Ora tra i genitori regna l'individualismo, anche se molti di essi necessiterebbero di un percorso educativo», dice la psicoterapeuta Anna Oliverio Ferraris, docente di psicologia dell'età evolutiva all'Università La Sapienza di Roma.

Oltre quali limiti le paure di un genitore possono trasformarsi in un pericolo per un figlio?
«Mi vengono in mente due temi caldi: la dieta alimentare e le vaccinazioni. In questi casi i genitori hanno poco da dire: devono eseguire le indicazioni degli specialisti».

Dire sempre di «no» a un figlio può diventare un boomerang durante l'adolescenza?

«I nodi arrivano al pettine prima, quando il bambino socializza al di fuori dell'ambiente domestico. È nel contesto scolastico che osserva le attività dei coetanei e chiede informazioni ai genitori. A quel punto gli si può anche dire di no, a patto di fornirgli delle alternative».

Quali sono i paletti da cui non si può prescindere?

«Va bene far guardare le foto sullo smartphone a un figlio, ma per mettergli tra le mani un computer è meglio aspettare gli ultimi anni delle elementari. Prima è più importante imparare a scrivere e sviluppare il calcolo mentale, disegnare e riempire i momenti liberi con il gioco all'aperto. I bambini devono far esplodere la loro fisicità».

Quanto tempo è giusto passare davanti alla tv?

«45 minuti al giorno. Si può arrivare anche a un'ora, purché non serva a riempire il tempo. Sì, invece, a un cartone educativo: magari in inglese. Un bambino di due anni può studiare una seconda lingua. Se inizia così presto, attraverso canzoni e filastrocche, svilupperà una pronuncia eccellente».

Quanto è opportuna la scelta del premier inglese Cameron di rimandare a scuola nonni e genitori?

«Le scuole per genitori esistono anche in Italia. Ma basterebbe che gli insegnanti accogliessero mamma e papà per un'ora al mese, durante le lezioni, per agevolare il rapporto con i figli. I ragazzi ricevono troppi stimoli sbagliati e, se i genitori non riconoscono le insidie, l'istituzione deve essere anche al loro servizio. Essere mamme e papà non è mai stato facile, ma oggi lo è ancora meno».

© BY NC ND AL CUN I DIRITTI RISERVATI



Anna Oliverio Ferraris è docente di psicologia dell'età evolutiva



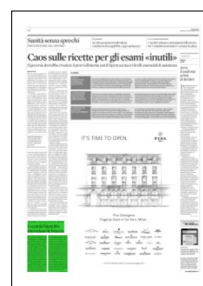
La protesta. Sciopero generale il 17 e 18 marzo

I «camici bianchi» incrociano le braccia

■ La richiesta al governo è tornare a investire sul sistema sanitario pubblico (Ssn), rilanciando così una filiera «che vale 11 punti di Pil, a partire dalla valorizzazione del suo capitale umano».

I sindacati dei camici bianchi tengono i riflettori accesi sulla «vertenza salute». Non solo confermando le due giornate di sciopero generale fissate per il 17 e 18 marzo, ma elencando in un «Manifesto per #la buona sanità» nodi da sciogliere e obiettivi. La speranza è che il premier Renzi batta un colpo al più presto, perché l'impegno dichiarato della ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin** - che assicura di voler valorizzare il comparto e le risorse umane che lo popolano - è necessario ma non sufficiente per affrontare alla radice i tanti nodi che affliggono il Ssn. Si tratta, anche, di recuperare risorse certe per aree in sofferenza come il rinnovo dei contratti, la soluzione almeno parziale del precariato, una revisione complessiva della formazione universitaria e il riordino delle cure sul territorio. Priorità per cui serve l'impegno del Mef, del ministero per la Pubblica amministrazione e del Miur. **Lorenzin** ha promesso che si farà promotrice con i suoi colleghi di un tavolo con i medici allargato a questi ministeri. L'inizio del dialogo metterebbe in stand-by i giorni di sciopero e potrebbe essere l'occasione per pensare a nuovi modelli di sviluppo sanitario e sociale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Caos sulle ricette per gli esami «inutili»

Il governo dovrebbe rivedere il provvedimento con il Dpcm sui nuovi livelli essenziali di assistenza

Il punto

Su 203 prestazioni individuate condizioni di erogabilità e appropriatezza

Le contestazioni

I medici criticano i presupposti della stretta
Per i cittadini aumentano i costi per la salute

APPLICAZIONE MINATA

L'operazione è partita senza gli adeguamenti software: impossibile prescrivere gli accertamenti con le «note»

Barbara Gobbi

■ C'è la signora cinquantenne che si sente rifiutare la "ricetta rossa" per una risonanza magnetica alla schiena. C'è il quarantenne che non può ripetere l'esame consueto del colesterolo. C'è la giovane donna cui viene negata una mammografia di controllo su ricettario rosso, con l'indicazione di rivolgersi al privato. A pagamento.

Il decreto "appropriatezza", in vigore dal 20 gennaio con la pubblicazione in Gazzetta, sta producendo frutti amari e si intravede la possibilità di una revisione, forse utilizzando come veicolo il prossimo Dpcm sui nuovi Lea. Per intanto, prevale il caos negli ambulatori e nelle corsie di ospedale che si traduce in costi salati per i cittadini, spiazzati da incertezze e dinieghi di medici di famiglia, pediatri e specialisti. E indotti a strapagare per uno stesso esame. Perché, ad esempio, ai test allergologici si arriva soltanto con due prescrizioni: del medico di medicina generale e dello specialista. Mentre una persona in grave sovrappeso che debba sottoporsi ad accertamenti, d'ora in poi non pagherà più i soliti 20 euro di compartecipazione (16 analisi distribuite su due ricette, 10 euro a ricetta) ma i 50 euro che corrispondono alle 5 ricette rosse su cui, secondo il decreto, andranno spalmate le analisi.

Al momento, la decisione di inserire nel mirino 203 prestazioni di assistenza specialisti-

ca ambulatoriale in ambito Servizio sanitario nazionale (Ssn) - individuando condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva - è in via di revisione. Pressata dai sindacati medici e dalle associazioni di cittadini, la ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha deciso di rimettere mano al decreto del 9 dicembre 2015. Che è stato ribattezzato con il suo nome ("Dm Lorenzin"), ma che è diretta derivazione del Dl Enti locali, per la parte in cui chiedeva ai camici bianchi di partecipare alla stretta sulla spesa sanitaria. Si trattava di prescrivere "meglio" e senza sprechi, pena decurtazioni sullo stipendio di dipendenti e convenzionati.

Una prima vittoria i sindacati - sulle barricate da mesi e con in programma due giornate di sciopero, il 17 e 18 marzo - l'hanno ottenuta: il 12 febbraio la ministra ha messo ufficialmente in stand-by le sanzioni, che per altro non erano mai state definite in sede di conferenza Stato-Regioni. Ma le magagne che il provvedimento porta con sé non si limitano alle multe per i "cattivi prescrittori": a essere compromessa è l'applicazione stessa del decreto.

Manca l'aggiornamento dei software dei medici, che non contempla le "note" necessarie per applicare la norma; mancano gli adeguamenti in vista dell'entrata in vigore, a marzo, della ricetta elettronica; manca la possibilità di mettere in rete i dati tra prescrittori, Asl e ministero. Campi su cui è all'opera Sogei, società informatica del ministero delle Finanze.

Ma intanto fioccano polemiche anche sul merito dei criteri di appropriatezza. Si è, quindi, deciso di rimettere mano a tutto l'impianto: **Lo-**

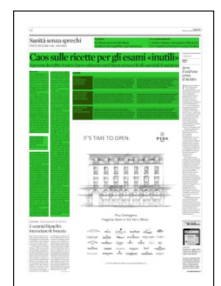
renzin, insieme a una delegazione della Federazione degli ordini dei medici (Fnomceo) e al coordinatore degli assessori alla Salute, Sergio Venturi, sta lavorando a una "circolare applicativa", che a breve dovrebbe tamponare i gap tecnologici. Nel frattempo, c'è la promessa di manifesti negli ambulatori, per informare e rassicurare i pazienti. Anche i più fragili, a partire da cronici e invalidi.

Medici e cittadini continuano però a puntare l'indice sui criteri di scelta degli esami "incriminati" inseriti nel decreto, così come sulla confusione tra prestazioni appropriate e condizioni di erogabilità. Una "nebbia" in cui i professionisti stanno perdendo. E al Tribunale per i diritti del malato, che ha attivato il servizio "Sos appropriatezza", arrivano lamentele di ogni tipo. Come il caso limite di esami di laboratorio, teoricamente "mutuabili", che il cittadino improvvisamente deve pagare da sé: per ottenere il rimborso, il privato accreditato deve infatti presentare alla Regione richieste di rimborso ineccepibili e complete. Ma con il decreto non è possibile, visto che oggi il medico prescrittore non ha la possibilità di inserire le "note" in ricetta.

È chiaro che per raddrizzare la situazione non basterà una circolare, tutta centrata sui profili tecnici e tecnologici. Andranno rivedute e corrette anche le scelte di merito inserite nel decreto, magari importando modelli già consolidati nella farmaceutica.

Il decreto sarà modificabile solo con altro atto avente forza di legge, magari, appunto, utilizzando come "traghetto" il Dpcm sui nuovi Livelli essenziali di assistenza. Ma i tempi sono lunghi e intanto i cittadini pagano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Inchiesta / I tagli del governo hanno di fatto azzerato la sanità pubblica

Ecco quando conviene curarsi con il privato

Ecco quando conviene curarsi con il privato

Con i tagli del governo ai bilanci sanitari delle Regioni i ticket su esami e visite sono saliti velocemente. Passare dalle Asl spesso costa di più e comporta attese infinite

di **DINO BONDAVALLI**

Addossare tutta la responsabilità alle politiche del governo Renzi sarebbe forse eccessivo. Ma la riduzione di 4 miliardi di euro delle risorse destinate al Fondo sanitario nazionale, che per il 2016 si è fermato a quota 111 miliardi di euro a dispetto dell'impegno che era stato preso con il Patto per la salute, (...) (...) e i ripetuti tagli alle Regioni, che si sono tradotti in un inevitabile aumento dei ticket per le prestazioni sanitarie, stanno di certo contribuendo a spingere sempre più italiani a preferire il sistema sanitario privato a quello pubblico.

La riduzione della spesa sanitaria a carico delle casse dello Stato, diminuita del 2,2% tra il 2010 e il 2014, e il concomitante incremento di quella a carico dei cittadini, arrivata a quota 33 miliardi di euro (pari al 22,7% del totale) hanno infatti favorito un progressivo avvicinamento tra le tariffe delle prestazioni erogate nelle strutture pubbliche e quelle garantite nei centri privati.

I VANTAGGI DEL PRIVATO

Dai dati elaborati per l'Osservatorio civico sul federalismo in sanità firmato dal Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva, che verrà presentato ufficialmente oggi a Roma e che *Libero* ha avuto in anteprima, emerge infatti un progressivo allineamento tra i costi dei due sistemi. Per un emocromo, ad esempio, il risparmio medio nel pubblico è di appena 3 euro, anche se può capitare di trovare tariffe più convenienti nel privato. Per una colesterolemia la differenza tra ticket e prestazione privata è di circa 2 euro.

«Dopo gli aumenti degli ultimi anni, il ticket è oggi il grande fattore di squilibrio del sistema sanitario nazionale», spiega Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva. «Oramai ha raggiunto livelli difficilmente sostenibili, al punto che talvolta supera il costo del servizio privato. È il caso, ad esempio, di prestazioni come le analisi di laboratorio, da quelle del sangue a quelle delle urine, che in questo modo sono state di fatto tirate via dai servizi essenziali di assistenza».

La conseguenza è semplice. Come ha sottolineato il Censis nel suo ultimo Rapporto sulla situazione sociale del Paese «considerato il *trade off* tra costo e tempi di attesa, con la capacità del privato di offrire prestazioni a prezzi sostenibili e la lunghezza delle liste di attesa nel pubblico, la scelta dei cittadini è spesso di pagare per intero di tasca propria le prestazioni». D'altra parte, anche dal punto di vista strettamente economico può convenire spendere subito qualche euro in più per avere un quadro completo della situazione, piuttosto che restare mesi in attesa di un esame sopportando un disturbo che nel frattempo può peggiorare.

L'ABBANDONO DEL PUBBLICO

Un'evoluzione della situazione che non è però piaciuta agli italiani, per i quali «il servizio sanitario pubblico aveva tradizionalmente rappresentato una conquista irrinunciabile», prosegue Aceti. «Adesso, invece, stiamo registrando degli eventi sentinella che captiamo tramite il rapporto con il cittadino dai quali emerge che un servizio che dovrebbe farsi carico dei bisogni dei cittadini sem-

pre più spesso li rifiuta ponendo difficoltà di accesso generalizzate: al Cup, allo sportello dell'ufficio relazioni col pubblico, al momento della prenotazione di una visita o un ricovero, o quando si ha bisogno di un farmaco».

Nessuna sorpresa, quindi, che nel corso degli ultimi anni ci sia stato un progressivo allontanamento dal servizio pubblico. Sempre stando al Rapporto del Censis, «il 42,7% degli italiani ritiene che il servizio sanitario regionale sia peggiorato negli ultimi due anni», mentre «il 55,5% considera inadeguato il servizio sanitario nella propria regione», con punte dell'82,8% nelle regioni del Sud e del 61,4% in quelle del Centro.

COSTO SOMMERSO

D'altra parte, per avere un'idea delle differenze tra i due sistemi bastano pochi semplici dati. Se chi si rivolge al pubblico deve sopportare un'attesa media di 65 giorni per una risonanza magnetica, a chi sceglie il privato bastano 5 giorni. E ancora più improbo è il confronto sui tempi per una colonscopia: 79 giorni nel pubblico contro 8 nel privato.

Un vero e proprio «costo sommerso» che come un macigno condiziona le scelte dei cittadini e rende il ricorso al privato conveniente o, comunque, praticabile per tante situa-



zioni che solo un anno fa non sarebbero state possibili», sottolinea il Censis. E a contribuire a questo «spostamento» è anche il fatto che le prestazioni *intramoenia* che i medici erogano in libera professione nelle strutture pubbliche siano spesso più costose di quelle nella sanità privata.

Una visita cardiologica con elettrocardiogramma, ad esempio, costa in media 41,7 euro di ticket nella sanità pubblica, dove l'attesa può però superare gli 8 mesi, 113,5 euro in regime intramoenia e 108 euro nella sanità privata. Una prima visita oculistica costa in media 42,5 euro nel pubblico, dove i tempi di attesa arrivano anche oltre i 9 mesi, 105,1 euro in intramoenia e 102,4 in un centro privato.

LA PROTESTA DEI MEDICI

«Il sospetto che abbiamo noi medici è che ci sia un trasferimento strisciante di oneri dallo Stato ai cittadini, e lo sciopero di 48 ore che tutte le sigle sindacati, nessuna esclusa, hanno proclamato per il 17 e 18 marzo serve anche per chiedere al governo di scoprire le sue carte», commenta Costantino Troise, segretario dell'Anao-Assomed (associazione medici dirigenti). «Negli ultimi anni negli ospedali abbiamo subito un taglio di posti letto che spiega perché i pronto soccorsi sono diventati una forma moderna di lazzaretto. Così accade che a Roma si usano i materassi per terra per i pazienti in attesa, mentre a Isernia in attesa del posto letto si fa pure in tempo a morire».

Tra l'altro le prospettive per il futuro lasciano poco spazio all'ottimismo. «Per il 2017 sono previsti tagli per 8 miliardi alle Regioni, e visto che il 70-80% dei loro bilanci è legato proprio alla sanità è chiaro che ci saranno ulteriori ripercussioni in questo ambito», prevede Massimo Cozza, segretario nazionale Fp-Cgil medici. «I dati della Ragioneria generale dello Stato ci dicono che tra il 2010 e il 2014 abbiamo "perso" 30mila operatori nella sanità, di cui 5mila medici, per blocco del turnover e mancanza di risorse. Una dinamica che spiega anche perché ci sia un allungamento delle liste di attesa e perché anche le nuove regole sugli orari e i turni di lavoro finiscano a essere recepite».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TEMPI DI ATTESA E COSTI

Tempi in giorni	Ticket/Pubblico	Ticket/Privato	Intramoenia*	Privato
Visite specialistiche				
Visita ginecologica	38,2	27,2	7,1	5,4
Visita ortopedica	48,0	25,8	6,3	5,5
Prima visita cardiologica con Ecg	58,5	27,8	6,9	5,2
Prima visita oculistica	69,5	40,1	11,6	6,4
Visite diagnostiche				
Colonscopia senza biopsia	87,4	57,2	9,2	7,8
Ecografia addome completo	79,5	29,7	8,6	5,5
Risonanza magnetica del ginocchio senza contrasto	73,9	25,5	11,0	5,2
Mammografia	62,4	34,9	12,4	6,2
Psa	0,3	0,3	0,9	0,5
Analisi di laboratorio				
Emocromo completo	0,3	0,2	0,8	0,4
Colesterolemia totale	0,3	0,2	0,8	0,3
Visite odontoiatriche				
Estrazione dentaria semplice compresa anestesia	40,3	15,0	5,9	5,4
Ablazione tartaro	40,7	13,3	6,5	5,9
Trattamento endodontico a due canali	52,7	13,0	6,2	6,2
Riabilitazione				
Riabilitazione motoria in motuleso semplice	29,7	22,8	15,8	4,5
Laserterapia antalgica	27,2	26,3	50,5	4,5

P&G/L

* Attività di libera professione esercitata dai medici all'interno di una struttura ospedaliera pubblica

Fonte: indagine Censis, 2015

PRESTAZIONI A CONFRONTO

Costi in euro	Intramoenia*	Privato	Differenza
Colonscopia senza biopsia	243,6	224,2	+19,4
Risonanza magnetica del ginocchio senza contrasto	151,7	141,7	+10,0
Prima visita cardiologica con Ecg	113,5	108,1	+5,4
Trattamento endodontico a due canali	182,1	179,0	+3,1
Prima visita oculistica	105,1	102,4	+2,7
Emocromo completo	11,4	10,0	+1,4
Psa	19,3	18,8	+0,5
Colesterolemia totale	7,6	7,3	+0,3

P&G/L

* Attività di libera professione esercitata dai medici all'interno di una struttura ospedaliera pubblica

All'apertura dell'anno giudiziario il rapporto sui danni erariali sanitari nella relazione del Procuratore generale

Corte conti: spending taglia servizi

L'allarme del presidente Squitieri: «Prestazioni penalizzate, ora cambiare rotta»

Dalle forniture gonfiate in Puglia dove un flacone di disinfettante si paga 2mila euro fino al traffico di medicinali nelle Marche, passando per consulenze illegittime e fatturazioni false. Gli illeciti in sanità continuano ad avere un impatto pesante sulla spesa pubblica anche nel 2015 per un totale di 63,34 mln di euro. È questo infatti l'importo complessivo delle sentenze emesse in materia sanitaria rilevato dalla Relazione del Procuratore generale della Corte

dei conti **Martino Colella**, presentata giovedì scorso all'inaugurazione dell'anno giudiziario 2016. In questa occasione il presidente della Corte dei conti, **Raffaele Squitieri** ha bocciato la spending review così come è stata attuata, perché ha ridotto i servizi aggravando il gap fra Regioni. Ma il Mef chiarisce: «Entro l'anno realizzeremo risparmi per 25 mld».

MAGNANO-VAZZA A PAG. 2-3

CORTE DEI CONTI/ Tra le note dolenti assunzioni irregolari, errori sanitari e consulenze

Quelle illegalità da 63,4 mln

Campania maglia nera con 30,5 mln - Citazioni: zavorra per altri 35,2 mln

Dalla fornitura gonfiata in un'Asl pugliese di 929 flaconi di disinfettante pagati 2mila euro ciascuno invece che 60 al furto di medicinali da parte di personale in servizio nelle Marche, da prestazioni sanitarie indebite a pazienti deceduti in Campania agli illegittimi aumenti di stipendio concessi ai medici sardi. Gli illeciti in sanità continuano ad avere un impatto pesante sulla spesa pubblica anche nel 2015 per un totale di 63,34 mln di euro (quasi la metà registrati in Campania). È questo infatti l'importo complessivo delle sentenze emesse in materia sanitaria rilevato dalla Relazione del Procuratore generale della Corte dei conti **Martino Colella**, presentata giovedì scorso all'inaugurazione dell'anno giudiziario 2016.

Maglia nera da record per la Campania, con un importo di 30,56 mln, seguita dalla Toscana, con 27,99 mln. Valle d'Aosta, Umbria e Friuli Venezia Giulia, le regioni più «virtuose».

Proprio in Campania il management della Asl Napoli 1 in solido con gli am-

ministratori regionali sono stati condannati per danno erariale per oltre 30 mln perché le prestazioni venivano conteggiate due volte, complice un «gravissimo stato di disordine organizzativo e contabile», che ha portato al commissariamento del marzo 2009. Pagamenti truffaldini mascherati da attività intramoenia a danno dell'Asl di Firenze hanno portato alla condanna di quattro alti funzionari chiamati a risarcire oltre 25,4 mln all'erario.

Sul fronte del danno erariale sono state emesse 113 sentenze e a incidere di più (il 18,6% del totale) sono stati gli illeciti commessi in materia di personale, tra assunzioni, inquadramenti irregolari e assenteismo alla pari con i risarcimenti di danni a terzi derivanti da errori sanitari. Al terzo posto con il 16,8% delle sentenze si posizionano le consulenze «d'oro».

Entrando nel merito delle sentenze definitive, l'anno giudiziario appena concluso ha fatto registrare 76 pronunce delle sezioni di Appello di cui 43 di condanna a risarcimento del danno per un importo totale di oltre 6,3 mln di euro. In primo grado si registrano invece 170 sen-

tenze di cui 114 di condanna per un importo complessivo di circa 87,7 mln di euro. Un dato sensibilmente superiore rispetto al 2014.

Da segnalare il trend in aumento delle consulenze illegittime, che si traducono in altrettanto illegittimi compensi. La Sezione siciliana d'Appello segnala otto sentenze per il risarcimento di oltre 810mila euro per danni concernenti tra l'altro «irregolari conferimenti di incarichi esterni».

Volendo esemplificare e prendendo come punto di partenza le sentenze di primo grado, balza agli occhi che il peso della sanità non può limitarsi al capitolo dei danni sanitari (che vale comunque il 9% delle sentenze) ma deve includere anche il tema delle consulenze (7%) e dei danni alla Pubblica amministrazione, che rappresenta la fetta più consistente (15%) di tutti i danni esaminati dalla Corte dei conti.

Accanto ai procedimenti arrivati a sentenza va ricordato il capitolo delle citazioni, che per il 2015 valgono oltre 35 mln. E che vedono sul podio il Lazio, la Campania e la Puglia.

Le citazioni pendenti. A

queste cifre va aggiunto anche l'ammontare delle citazioni delle Procure regionali ancora pendenti, ossia in attesa di essere scrutinate, che tuttavia segnalano una situazione di fatto.

Nel 2015 le numerose azioni di responsabilità in materia sanitaria investono complessivamente un presunto danno di oltre 49 mln. Tra le illegalità «preferite» dagli italiani, il traffico di farmaci attraverso l'iperprescrizione in ricetta, con la Procura del Lazio che segnala un presunto danno da oltre 400mila euro a opera di una «banda» di farmacisti, medici e informatori sanitari.

Anche se questo tipo di reato è destinato a calare significativamente, anche grazie alle prescrizioni elettroniche, come evidenziato nella relazione del Procuratore generale: «la fattispecie di danno per iperprescrizione di farmaci, anche se presente, ha subito una flessione in negativo, verosimilmente per effetto dell'incrementarsi di controlli sul territorio dell'attività dei medici di medicina generale e per l'introduzione di diversi deterrenti, tra cui la cd. ricetta medica elettronica».

<http://www.askanews.it/>

Francia: virus Zika, autorità raccomandano uso del preservativo

Lanciato un appello alla massima vigilanza



(askanews) - Il ministro della Sanità francese, Marisol Touraine, ha raccomandato l'uso del preservativo alle persone esposte al virus Zika, in particolare ai compagni delle donne in stato interessante o che hanno progetti di gravidanza. Il ministro ha inoltre lanciato un appello alla "massima vigilanza".

"Invito le donne incinte a essere molto attente, è necessario che i loro compagni non abbiano rapporti sessuali senza protezione, io raccomando l'uso del preservativo", ha dichiarato il ministro, "L'epidemia è forte, è fonte di preoccupazione in tutto il mondo e dunque lancio un appello alla massima vigilanza".

Casi eccezionali di trasmissione sessuale del virus sono stati segnalati negli Stati Uniti a inizio mese e alcuni Paesi, come Gran Bretagna e Irlanda, hanno raccomandato l'utilizzo del preservativo ai partner di donne in stato interessante o con progetti di gravidanza, che sono esposte al virus Zika.

Trasmesso dalle punture della zanzara di genere Aedes, il virus Zika è fortemente sospettato di essere responsabile di numerosi casi di malformazione congenita nei neonati, in particolare la microcefalia (malformazione della scatola cranica).



Pillole di salute

Una giornata speciale per ricordarsi delle malattie rare

LUCA BERNARDO*

■ ■ ■ Ogni anno, alla fine del mese di febbraio, si celebra la Giornata delle Malattie Rare in tutto il mondo. Detto così può apparire una sorta di appuntamento periodico per far ricordare a tutti che esistono persone che hanno problemi di salute non comuni, spesso congeniti e genetici. Al termine della giornata ci si può sentire di avere assolto a un dovere e si prosegue l'anno più sereni.

Questa volta sarebbe giusto considerare che alla fine di febbraio si celebrerà l'inizio dell'anno per le Malattie Rare, e cioè che lo slogan di questa giornata - dare voce al malato raro - stimolerà le persone e le strutture che vorranno ascoltarlo a mettere in atto tutto quello che sarà possibile fare per venire realmente incontro, e meglio, alle sue esigenze. Quindi, si vorrebbe che questa giornata fosse una sorta di presa d'impegno per tutto il 2016, in modo che l'anno prossimo si possa veramente dire quanto di più e di meglio è stato fatto.

Per questo motivo il prossimo incontro fissato per il 27 febbraio, che si svolgerà all'Ospedale Buzzi di Milano, vedrà riunite non solo le associazioni di pazienti con malattie rare ma anche 12 ospedali, e ci sarà anche il collegamento con l'Istituto Giannina Gaslini di Genova. Inoltre la presenza delle autorità della Regione Lombardia e della Regione Liguria saranno l'ulteriore testimonianza che ci si prende un impegno verso queste persone "fragili" nei cui confronti ogni atto di assistenza e di aiuto rappresenta un esempio di altissima civiltà.

All'esordio delle nuove macro-realtà ospedaliere volute dalla nuova riforma sanitaria lombarda, ecco dunque arrivare la possibilità di osservare una presa

d'impegno importante che continuerà nel tempo. Infatti l'iniziativa è partita dal basso, dai Centri per le Malattie Rare e dalle Associazioni di Pazienti, e ha trovato il supporto delle Direzioni Generali che hanno organizzato (il dr. Alessandro Visconti a Milano, il dr. Paolo Petralia a Genova) e poi della Regione Lombardia (Roberto Maroni) e Liguria (Sonia Viale), a testimonianza di un preciso meccanismo di ascolto delle esigenze della persona. Di questo si parlerà. Della persona fragile, delle esigenze di assistenza e di quello che le strutture ospedaliere di Milano, Pavia, Varese e Genova fanno e vorranno fare. Una giornata che diventerà un documento video-registrato che potrà essere diffuso su tutte le reti internet e social per trasmettere la voce del malato raro e l'impegno dei medici, degli ospedali e delle istituzioni nei suoi confronti. Partecipare sarà importante. Per dare dimostrazione evidente di un alto grado di civiltà, dove la condizione dei problemi e della volontà di risolverli è l'espressione migliore.

L'appuntamento è fissato per sabato 27 febbraio alle 9 presso l'Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi di Milano (presidio dell'Azienda Socio-Sanitaria del Territorio, Fatebenefratelli e Sacco).

***Direttore Dip. Materno-Infantile
ASST Fatebenefratelli Sacco**



Malattie rare, i pazienti chiedono

In occasione della Giornata mondiale delle malattie rare del 29 febbraio l'Istituto superiore di Sanità e la Federazione delle associazioni dei pazienti, in streaming su Sanità24, fanno il punto su assistenza, nodi irrisolti e ricerca.

SPINELLI E TARUSCIO A PAG. 6-7

IX GIORNATA MONDIALE/ Il 29 febbraio Iss e Uniamo faranno il punto sulle "orfane"

Malattie rare, lavori in corso

Zero risorse e troppa eterogeneità frenano la rete - Le chance delle Ern

**Il target: nel 2020
200 terapie in più**

Il 29 febbraio 2016 si celebra la IX Giornata mondiale di malattie rare, momento di incontro e dialogo che unisce pazienti, famiglie, associazioni, ricercatori, istituzioni. Tema e slogan di quest'anno sono "La voce dei pazienti. Unisciti a noi per far sentire la voce dei malati rari", per spronare le persone con malattia rara a dar voce alle proprie esigenze e produrre un cambiamento positivo nella propria vita, e insieme ribadire l'importanza di fare rete creando sempre nuove sinergie.

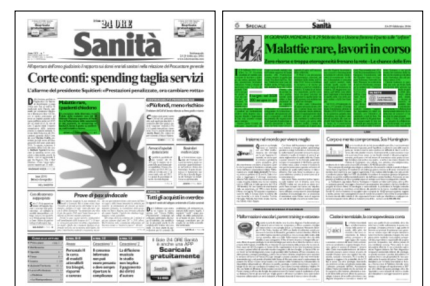
Questo anche il titolo del convegno organizzato dal Centro nazionale malattie rare dell'Istituto superiore di Sanità insieme alla Federazione Uniamo proprio in quella data (Aula Pochiari dell'Iss, Roma). Medesimi temi sono affrontati anche il Piano nazionale malattie Rare 2013-2016 (Pnmr), che da un lato invita i professionisti della salute a farsi promotori di un rapporto costruttivo e collaborativo con i pazienti incoraggiando la formazione e sostenendo atteggiamenti solidali e comunitari, e dall'altro raccomanda alle organizzazioni dei pazienti di partecipare ai processi decisionali e dimostrare un forte senso civico e

capacità di agire nell'interesse della collettività.

Il Pnmr è un documento programmatico rilasciato dal ministero della Salute nell'ottobre 2014. Serve a coordinare le iniziative e le risorse già esistenti e a dar loro struttura e obiettivi. Si tratta di un'iniziativa importante, perché costituisce un passo concreto nel migliorare la qualità della vita delle persone con malattia rara e delle loro famiglie.

D'altro canto l'attuazione del piano presenta alcune criticità. In primo luogo non sono state stanziare risorse dedicate, quindi il raggiungimento degli obiettivi previsti è ottenibile solo mediante la riallocazione delle risorse già scarse delle Regioni. Inoltre, l'ampia discrezionalità che il piano assegna alle Regioni ha portato a una eccessiva disomogeneità in termini di velocità, tempi e criteri di recepimento. In ultimo, il documento si concentra sugli aspetti sanitari, tralasciando quelli sociali. Gli aspetti legati all'inclusione lavorativa, all'integrazione scolastica, agli hobby sono altrettanto importanti a determinare la qualità della vita delle persone malate e delle loro famiglie.

Nel 2011, il Parlamento europeo e il Consiglio d'Europa hanno formalmente adottato la Direttiva 2011/24/EU in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera, che facilita i cittadini ad accedere alle cure negli altri Stati Membri. Due anni dopo la Commissione Europea ha promosso attraverso Raccomandazioni (EU-Cerd Recommendations to the European Commission and



the Member States on European Reference Networks for Rare Diseases) la costruzione di reti di riferimento europee per le malattie rare - European Reference Networks (ERNs). Ogni Stato Membro ha il compito di individuare nel proprio territorio strutture "esperte" che rispondano ai criteri comunitari, con l'obiettivo di candidarle a nodi di Rete. Per questo motivo le Regioni stanno riorganizzando le loro reti territoriali per armonizzarle con i criteri indicati dalla Commissione Europea, e un tavolo tecnico del ministero della Salute sta lavorando per decidere come rispondere alla call prevista a marzo 2016.

Questa tendenza si specchia non solo sul fronte della circolazione delle persone ma anche in quella delle idee. Negli ultimi anni, infatti, la ricerca in materia di malattie rare si orienta prevalentemente a collaborazioni internazionali attraverso la costituzione di consorzi e l'attuazione di ampi progetti.

Irdirc è forse il più ambizioso progetto di collaborazione internazionale nel campo della ricerca sulle malattie rare. Il Consorzio, di cui il Cnmr è parte attiva, riunisce realtà scientifiche provenienti da Europa, Australia, Canada, Usa e accoglie sempre maggiori adesioni. Obiettivo di Irdirc è avere entro il 2020 almeno 200 nuove terapie per le malattie rare e fornire nuovi strumenti per diagnosticarle. I risultati ottenuti fino a oggi sono molto incoraggianti: sono stati sviluppati 158 nuovi

farmaci e individuati molti nuovi geni.

Altro importantissimo consorzio, nato nel 2006, è E-Rare. Ha lo scopo di mettere in collegamento le organizzazioni che erogano finanziamenti ai ministeri che, mettendo insieme le scarse risorse dedicate alla ricerca sulle malattie rare a livello nazionale, permettono la partecipazione di molti ricercatori a progetti transnazionali attraverso Bandi Congiunti Transnazionali (Joint transnational calls, Jtc).

Al momento solo pochi paesi europei finanziano la ricerca sulle "rare" attraverso programmi dedicati, perciò il finanziamento transnazionale è l'attività congiunta più efficace per rafforzare la cooperazione tra gli scienziati, così da ridurre la frammentazione della ricerca.

In sette anni sono stati investiti 56,4 milioni di euro per finanziare 79 progetti di ricerca che hanno coinvolto 347 gruppi a livello europeo e non solo. Visto l'enorme successo delle prime due fasi (E-Rare 1 & 2), è partito di recente E-Rare-3: "Era-Net rare disease research implementing IR-DiRC objectives", co-finanziato dalla Commissione Europea (Horizon 2020).

In linea con la propria mission, il Cnmr è partner dei progetti E-Rare fin dalla loro prima edizione, e nell'ambito dell'attuale progetto è coordinatore del Workpackage 9, ovvero è responsabile del rafforzamento della comunicazione e delle interazioni tra i diversi soggetti interessati al fine di aumentare la consapevolezza riguardo all'importanza della ricerca delle malattie rare e il suo finanziamento.

Domenico Taruscio
direttrice del Centro nazionale
malattie rare
Istituto superiore di Sanità

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Salute

Soft drink. Bibite sotto

accusa. Espunta un' imposta. Come
in Messico, dove i consumi sono calati

Idea: tassiamo le lattine così più paghi meno bevi

LO ZUCCHERO È ovunque. Tre prodotti industriali su quattro sono stati addolciti. E non è solo una questione di sapore. Il color caramello che i prodotti da forno assumono e quell'aiuto in più che lo zucchero offre alla lunga conservazione sono ulteriori argomenti che spingono le aziende ad abbondare con le dosi, per i biscotti come per i sughi pronti.

Ma le regine della dolcezza artificiale sono senz'altro le bibite gasate. Secondo l'American Heart Association «una normale lattina di Coca Cola contiene 130 calorie e 8 cucchiaini di zucchero». Una persona adulta, in media, negli Stati Uniti, consumerebbe ogni giorno 20 cucchiaini di zuccheri aggiunti, metà dei quali contenuti nelle bibite gasate. E per capire quali sono le fonti di tanta dolcezza - spesso occulte - la Food and Drug Administration (l'ente americano che regola la sicurezza di cibi e medicinali) a metà del 2015 ha proposto di introdurre nuove etichette, più limpide, sulle dosi degli zuccheri aggiunti.

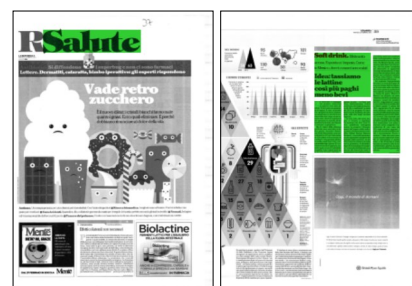
La Coca Cola, dal canto suo, non è rimasta a guardare. Un'inchiesta del *New York Ti-*

mes, pubblicata nell'agosto scorso, ha scoperto i finanziamenti dell'impero delle bollicine dietro all'associazione scientifica Global Energy Balance Network, i cui studi sostenevano che è possibile indulgere alle lusinghe dello zucchero, se poi si bruciano le calorie in eccesso con la ginnastica. A dicembre, dopo che lo scandalo aveva spinto l'università del Colorado a restituire alla Coca Cola i suoi finanziamenti (un milione e mezzo di dollari spesi nel complesso dalla multinazionale), l'associazione scientifica ha chiuso i battenti. Ma Marion Nestle, nutrizionista della New York University, non ha perso l'occasione per descrivere le agguerrite strategie dei produttori di bibite zuccherate nel suo libro, pubblicato con la Oxford University Press, *Soda Politics. Taking on Big Soda (and Winning)*.

Per arginare l'onnipresenza del dolce, la Gran Bretagna discute da tempo dell'introduzione di una tassa sullo zucchero. Nel nostro paese la questione è stata appena accennata e subito messa da parte. Mentre il Messico ha istituito sul serio l'imposta nel 2013, facendo aumentare i prezzi dei prodotti

del 10%, e oggi osserva i risultati: in un solo anno la vendita delle bibite gasate è calata del 12%, soprattutto fra le classi meno abbienti, come fa notare un articolo della settimana scorsa pubblicato sul *British Medical Journal*. Che riprende così una sua battaglia: era il luglio del 2015 quando la British Medical Association (che edita il *Journal*) aveva suggerito l'introduzione di una tassa del 20% sugli zuccheri aggiunti. I soldi così raccolti sarebbero serviti a sovvenzionare frutta e verdura. L'idea era stata accarezzata anche negli Stati Uniti. Ma un referendum in questo senso a San Francisco è stato bocciato un anno fa. Solo la città di Berkeley, alla fine, ha scelto di tassare le bibite gasate dolcificate. *e.d.*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



HA VINTO UNA BORSA DI STUDIO TRIENNALE DI 360 MILA EURO

Il farmacologo che "spara" contro la Sla

Marco Milanese combatte un composto chimico che favorisce la malattia

LA PUBBLICAZIONE

**È autore con altri
11 studiosi di una
ricerca
rivoluzionaria
uscita nel 2011**

FRANCESCO MARGIOCCO

IL FARMACO IDEALE, sogno di tutti i farmacologi e di tanti malati, è il farmaco proiettile, quello che centra direttamente il bersaglio senza perdersi in inutili effetti collaterali. Purtroppo non esiste. Malattie gravissime sono contrastate con rimedi talvolta inefficaci. Nel caso della Sla, Sclerosi laterale amiotrofica, la medicina è il riluzolo che allunga la vita, in media, di soli sei mesi. Proprio sulla Sla si concentrano gli studi di un farmacologo dell'Università di Genova, Marco Milanese, fresco vincitore di una borsa triennale da 360 mila euro che userà per cercare nuovi farmaci e aiutare la medicina a sconfiggere questa malattia.

Milanese è uno dei dodici autori di un articolo rivoluzionario uscito nel marzo 2011 sul *Journal of Neurochemistry*. Lo studio, coordinato dal direttore del dipartimento di Farmacia Giambattista Bonanno, ha dimostrato che all'origine della Sla c'è un'eccessiva produzione di glutammato, un composto chimico organico che veicola le informazioni tra le cellule del sistema nervoso. «La nostra ricerca - spiega Milanese - ha

dimostrato che nei malati di Sla il glutammato viene prodotto in quantità eccessiva e che questo fenomeno causa la morte di specifiche cellule chiamate motoneuroni, determinando la graduale e progressiva incapacità di muoversi, parlare ed infine respirare».

Negli ultimi anni il gruppo di lavoro di Milanese si è soffermato sui recettori, i siti della membrana cellulare che reagiscono agli stimoli producendo delle proteine - i trasduttori - che alterano il metabolismo. «Abbiamo individuato le cellule i cui recettori, quando c'è troppo glutammato, generano effetti tossici. Ora dobbiamo trovare i farmaci in grado di bloccare quei recettori».

Nei prossimi giorni Milanese e colleghi cominceranno a sperimentare una molecola sintetica prodotta da un'azienda biotecnologica americana - il cui nome è per ora riservato - che, alterando alcune sequenze di Dna, inibisce la produzione di alcune proteine.

Oggi la Sla viene curata con l'inoculazione di cellule staminali, il trapianto di midollo osseo e, contemporaneamente, la somministrazione di riluzolo. Il malato di Sla che non si cura ha una speranza di vita media di 2-3 an-

ni, quello che si cura riesce ad allungare la sua vita, mediamente, di altri 6 mesi. Milanese vuole dimostrare che si può fare molto di più.

Milanese ha 37 anni, per quasi due terzi trascorsi a Farmacia, prima da studente, poi da dottorando, infine da ricercatore. Figlio di un insegnante di educazione fisica e di un'ex impiegata della Fiat, pochi mesi fa è stato uno dei pochissimi studiosi - sei all'Università di Genova, un centinaio in tutta Italia - ad aggiudicarsi un fondo Sir, istituito dal governo per sostenere i giovani più brillanti. I risultati del lavoro che ha fin qui svolto sono incoraggianti e lasciano prevedere che sarà presto possibile sintetizzare molecole in grado di migliorare la qualità e le aspettative di vita dei malati di Sla molto più di quanto non faccia il riluzolo. «I farmaci del futuro - spiega - sono gli adeno-virus, piccoli virus che attraverso una sola somministrazione infetteranno le cellule senza causare malattie. Nel nostro caso inibiranno l'attività di alcuni recettori e ridurranno così gli effetti deleteri dovuti all'eccessiva presenza di glutammato. A quel punto non avremo sconfitto la Sla, ma le avremo inflitto un duro colpo».

margiocco@ilsecoloxix.it

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Cresce il numero di donatori d'organi

Non esiste un regalo più grande: donare una parte di sé perché un'altra persona possa continuare a vivere. In Italia, nel 2015 è successo 324 volte, per merito di uomini e donne che hanno rinunciato a un rene o a un pezzo di fegato per salvare la vita e un familiare o a un amico. Gestiti gratuiti e generosissimi, più frequenti che in passato: nel 2014, gli interventi di trapianto da donatore vivente si erano fermati a quota 269. In crescita anche i trapianti tradizionali, con gli organi prelevati da un paziente deceduto. Un gesto non meno solidale che lo scorso anno ha permesso di dare una speranza di vita a 3.317 persone. Sono stati trapiantati soprattutto rene (1.877 interventi) e fegato (1.067). Ma anche cuore (249), polmone (112) e pancreas (50). Ciascuno può segnalare direttamente sulla carta di identità la propria volontà in merito alla donazione di organi in caso di morte: nel 2015 sono state registrate in media mille dichiarazioni al giorno, circa 900 delle quali positive, cioè di consenso alla donazione. Restano, però molte differenze tra Nord e Sud: nelle regioni meridionali i donatori restano scarsi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Liste di speranza

Al 31 dicembre 2015 i pazienti in lista di attesa per un trapianto erano 9.070. La maggior parte aspetta di ricevere un trapianto di rene (6.765) ma c'è anche chi spera in un fegato (1.072), un cuore (731) o un polmone (383). Vi è una sostanziale stabilità nella lista: nel 2015, con variazioni per singolo organo, sono stati tra il 70% e l'80% i pazienti usciti dalle liste di attesa per aver ottenuto un trapianto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Vade retro zuccheri

È il nuovo diktat: i cristalli bianchi fanno male quanto i grassi. Ecco quali eliminare. E perché dobbiamo rinunciare al dolce della vita

RSALUTE

Alimentazione. I nutrizionisti attaccano i cristalli bianchi

responsabili di obesità, malattie cardiovascolari, fegato grasso. Quanto i grassi. E scrivono le nuove regole: non superino mai il 10 per cento delle calorie giornaliere

Zuccheri sotto accusa si cambia dieta

ELENA DUSI

NON TUTTE LE CALORIE sono state create uguali. Ci sono quelle associate a sostanze nutrienti, come le proteine o i grassi, il calcio o le vitamine. E quelle "vuote", che ci danno soltanto energia e ci fanno ingrassare, se di energia abbiamo già fatto il pieno. Lo zucchero - che comunque è una fonte di energia - è però anche il maggiore imputato tanto che l'Organizzazione mondiale della sanità consiglia che non siano più del 5% delle calorie giornaliere, pari a circa 50 grammi e 5 cucchiaini da tè. Stiamo parlando non di zuccheri di frutta, verdura e latte, che non danno particolari problemi di obesità e sono comunque associati a nutrienti. Ma dei cosiddetti "zuccheri liberi" che vengono aggiunti agli alimenti e alle bevande sotto forma di saccarosio (lo zucchero da cucina), miele, sciroppi o altri dolcificanti provocando eccesso di peso, diabete e carie, ma anche - meno intuitivamente - fegato grasso, ipertensione, trigliceridi e malattie cardiovascolari. Non è un caso che per milioni di anni l'uomo sia vissuto addolcendo la sua vita solo con frutta e - raramente - miele (i primi consumatori "del sale dolce" in Europa furono i crociati). Quando ancora non esistevano bar e pasticcerie,

nel nostro cervello iniziò a svilupparsi quel meccanismo che lega il consumo di sostanze dolci a una sensazione di piacere, dal momento che le calorie dello zucchero nei tempi antichi aumentavano energie e probabilità di sopravvivenza. Ma quello che nella preistoria era scarso, oggi è diventato fin troppo disponibile. E il meccanismo del piacere legato alla dolcezza ha finito, in questa nostra epoca di abbondanza, per ritorcersi contro di noi. Che troppo zucchero faccia male è affermazione risaputa. Oggi, però, sta avvenendo un accerchiamento di questo "nemico della salute" da parte di ricercatori e nutrizionisti: un puntare il dito contro i cristalli bianchi accompagnato dalla - relativa - rivalutazione di altri presunti killer del nostro benessere. Con conseguente cambio di decisione dei nutrizionisti. Non è un caso che il 7 gennaio scorso il Dipartimento della Salute del governo Usa abbia rivisto le sue linee guida con i consigli alimentari per gli americani: ha eliminato il tetto di consumo dei grassi, pur continuando a sconsigliare quelli saturi di fonte animale e invitando a preferire le carni magre rispetto a quelle rosse. E ha cancellato le restrizioni per i cibi con il colesterolo, sdoganando il consumo delle uova. Ma non ha usato clemenza nei confronti di sale e zuccheri liberi, additandoli come i responsabili di obesità e di altre malattie croniche; e raccomandando per la prima



volta che gli zuccheri non superino il limite del 10% delle calorie giornaliere (attualmente la media negli Usa è del 13%). Per rispettare il consiglio, gli americani dovrebbero rinunciare a circa il 20% della loro dolcezza, tagliando due milioni di tonnellate all'anno di zuccheri e sciroppi.

Le nuove raccomandazioni segnano una svolta rispetto agli anni '80, quando si iniziarono a promuovere diete povere di grassi, finendo con l'incentivare la vendita di cibi magri ma carichi di zucchero e il consumo di carboidrati, spesso raffinati. «Queste nuove indicazioni - commenta Valerio Nobili, che si occupa di malattie epatiche e del metabolismo all'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma - sono corrette, i danni degli zuccheri sono peggiori di quelli dei grassi e una Coca Cola fa male più delle patatine fritte. Gli zuccheri infatti, oltre a favorire diabete e fegato grasso, quando vengono metabolizzati producono acido urico, grande nemico della salute del cuore. La vecchia dieta mediterranea, povera di zuccheri e più ricca di carboidrati resta il consiglio migliore». Fra i più grandi appassionati di alimenti dolci, come è intuitivo, ci sono i bambini. In Italia, ha mostrato lo studio europeo Idefics del 2014, i bambini fra 2 e 9 anni consumano intorno a 90 grammi di zucchero al giorno (quasi 400 calorie), in linea con i loro coetanei europei e solo poco al di sotto degli americani. In Gran Bretagna, secondo l'organizzazione governativa Public Heal-

th England, i bambini tra 4 e 10 anni consumano in dodici mesi l'equivalente del loro peso in zucchero.

Per cercare di capire chi sia il più cattivo fra zuccheri e grassi, i pediatri dell'Università della California a San Francisco hanno escogitato un esperimento ad hoc, pubblicato a fine ottobre 2015 sulla rivista *Obesity*. Hanno preso 43 ragazzi tra i 9 e i 18 anni - tutti messi piuttosto male dal punto di vista del peso, del fegato, dell'ipertensione e dei trigliceridi - e li hanno invitati a eliminare per dieci giorni ogni zucchero libero. Poiché lo scopo non era far perdere peso ai ragazzi, ma verificare quali calorie siano più dannose, ai volontari è stato chiesto di sostituire le calorie "dolci" con un numero equivalente di calorie "salate". I ragazzi potevano dunque rimpinzarsi di patatine fritte, hamburger, pizze e panini.

Il risultato è stato chiaro: nonostante una dieta ben lontana dall'ideale, è bastata una settimana e mezza senza zucchero per migliorare i valori di pressione sanguigna, trigliceridi, colesterolo e funzionalità del fegato. «Il nostro studio - ha commentato Robert Lustig, pediatra dell'Università della California particolarmente agguerrito nei confronti delle sostanze dolcificanti, autore del libro *Fat chance* e del documentario su YouTube *Sugar: the bitter truth* - ha dimostrato che lo zucchero è dannoso per il nostro metabolismo non per le sue calorie o per gli effetti sulla bilancia. Lo zucchero è pericoloso perché è zucchero».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Artificiali sotto accusa

Sui dolcificanti artificiali si sono alternati negli anni scorsi pareri altalenanti. Ma dopo diverse ricerche c'è accordo sul fatto che la saccarina, l'aspartame, l'acesulfame, e il sucralosio - i più diffusi tra quelli oggi approvati per il commercio sia nel nostro paese sia dalla Fda americana - non presentano rischi per

la salute. L'ultima arrivata, la stevia, è invece ancora sotto scrutinio dell'ente americano che non l'ha ammessa al consumo perché ritiene che le informazioni sottoposte dai produttori non siano sufficienti ancora a certificarne l'innocuità. E d'altra parte negli Usa non è ammesso al commercio il ciclamato, consentito invece in Europa e in Italia. Il primo dolcificante artificiale comparso sul mercato è stata la saccarina, scoperta

nel 1879 e accusata sulla fine degli anni '70 di provocare tumori alla vescica. Un'opinione ribaltata però intorno al 2000, quando sono emersi una serie di errori negli studi che ne evidenziavano i rischi. Ma il più studiato e discusso dei dolcificanti è di certo l'aspartame, oggi promosso a pieni voti dopo molti studi e molte polemiche sia dalla Fda sia dagli enti regolatori di tutti il mondo. Scoperto nel

1965 è stato messo sotto accusa a partire dagli anni '70 come causa dei tumori al cervello. A scagionarlo sono arrivate una serie di ricerche svolte tra gli anni '80 e '90, e oggi il consumo è considerato sicuro, se non in presenza di un ristretto gruppo di patologie. E la Fda lo definisce «uno degli additivi alimentari più approfonditamente studiato»

simone valesini

SALUTE

Il superbatterio della porta accanto

Antibiotici. Gemi che attaccano polmoni, apparato urinario, pelle, resistenti a ogni farmaco disponibile. Perché da quasi 30 anni non arrivano nuove molecole. Così i patogeni dilagano e le infezioni tomano un pericolo mortale per tutti. Ma una medicina è dietro l'angolo

Nel 1978 l'Oms ha dichiarato sconfitte le malattie infettive. E le aziende hanno smesso di ricercare

ELVIRA NASELLI

LA MISURA della gravità della situazione la dà Walter Ricciardi, il presidente dell'Istituto superiore di Sanità. Che - al recente convegno sull'antibioticoresistenza ospitato dall'Istituto - mostra l'antibiogramma di un malato con la *Klebsiella pneumoniae*, uno dei tanti che, negli ospedali italiani, si ritrova resistente a venti diverse molecole di antibiotico, e sensibile soltanto ad una di esse. «Una situazione comune e tutto sommato fortunata - riflette Ricciardi - perché invece sono centinaia le persone con antibiogrammi resistenti a qualunque antibiotico. E in questi casi il paziente muore».

L'antibioticoresistenza - e lo sviluppo di superbatteri resistenti - è uno dei problemi di sanità a livello globale ed è tra le priorità sia dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) che dei singoli governi, considerato che è responsabile di oltre cinquantamila morti tra Europa e Stati Uniti. E che le stime per il 2050 ne fanno la prima causa di decesso al mondo. In questo panorama l'Italia è tra le peggiori nell'Unione Europea, con circa 4500-7000 morti all'anno e circa 284.000 pazienti colpiti, dal 7 al 10 per cento di tutti i ricoveri. La resistenza ai farmaci rende difficile il trattamento delle infezioni. E parliamo di patologie molto comuni, dalle infezioni delle vie respiratorie, come la polmonite, a quelle del tratto urinario, della pelle e quelle post chirurgia.

«La *Klebsiella*, per esempio - puntualizza Gianni Rezza, direttore del dipartimento malattie infettive dell'Iss - è più che raddoppiata in poco tempo ed è il fla-

gello delle terapie intensive, dove ci sono anche i pazienti più fragili. E sta aumentando la resistenza all'*Escherichia coli* e allo stafilococco, che ha già toccato il 35%. Come venirne fuori? Occorre innanzi tutto fare il possibile per limitare la diffusione delle infezioni in ambito ospedaliero, il vero punto nodale. E poi intervenire per un uso appropriato dei farmaci e per l'osservanza di semplici misure igieniche. Ovviamente bisogna anche pensare a nuovi antibiotici».

Quella delle nuove molecole è la vera nota dolente della questione. È dal 1987, infatti, che non è stato sviluppato nessun nuovo antibiotico. E se è vero - come ha ricordato Marcella Marletta, direttore generale dispositivi medici e del farmaco del ministero della Salute - che le aziende farmaceutiche non hanno interesse a fare ricerca su nuovi antibiotici perché non prevedono un ritorno economico, e che dunque andrebbero incentivate, è altrettanto vero che nel lontano 1978 - sbagliando clamorosamente previsioni - l'Oms dichiarò sconfitte le malattie infettive, di fatto bloccando ogni interesse - e investimenti - per la ricerca di nuovi farmaci.

E oggi? In realtà qualcosa si muove e lo ricorda Nicoletta Luppi, presidente e amministratore delegato di Msd Italia. «Stiamo sviluppando nuovi antibiotici e nuovi antifungini che arricchiranno il portfolio di quelli esistenti - precisa - e stiamo investendo anche nel settore veterinario e nella ricerca di nuovi vaccini per uso umano. Ci aspettiamo, però, che ci vengano riconosciuti l'innovazione della ricerca e percorsi di accesso differenziato». Un premio che di certo verrà considerato, visto che la creazione di nuove molecole - come ha sottolineato Roberto Bertollini, dell'Oms - è considerata priorità assoluta. «Il rischio - ha ammesso - è di ritrovarci tra qualche anno nella situazione in cui gli antibiotici non c'erano ancora, con malattie che riteniamo scomparse che possono invece colpire gravemente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Chiedilo al tuo sangue

Un test sul sangue può rivelare se un'affezione respiratoria è causata da un'infezione da virus o batteri in modo da poter prescrivere più efficacemente un eventuale antibiotico. I team di ricercatori della Duke University specializzati in genomica e malattie infettive hanno sviluppato un modello di firma genetica in grado di indicare – da un piccolo campione di sangue – se la malattia è provocata da virus o batteri. I risultati sono stati descritti su *Science Translational Medicine*. Lo studio si è mostrato accurato nell'87 per cento dei casi nell'identificare in oltre 300 pazienti con virus influenzali alcuni batteri e altre infezioni comuni. I

ricercatori sono dunque convinti di poter realizzare un test rapido sul sangue da poter essere usato nella clinica. «Una delle più comuni ragioni per cui le persone vengono dal medico riguarda le infezioni respiratorie – ha spiegato il primo autore dello studio, Ephraim L. Tsalik – e noi usiamo molte informazioni per arrivare ad una diagnosi ma non c'è un modo efficiente e molto accurato per determinare se l'infezione è batterica o virale. E così circa i tre quarti dei pazienti utilizzano antibiotici per trattare infezioni batteriche, nonostante la maggioranza abbia invece infezioni da virus». Un test per individuare l'origine della malattia può ovviamente non solo individuare la terapia più accurata ma evitare l'utilizzo inappropriato degli antibiotici. «Per questo – ha concluso Tsalik – lavoriamo per un test che sia di facile utilizzo e che possa essere usato con l'attrezzatura di qualsiasi laboratorio».

Lunedì 22 FEBBRAIO 2016

Disturbi dell'umore. Un programma online cura insonnia e depressione

Secondo uno studio australiano, pubblicato su Lancet Psychiatry, un nuovo programma terapeutico online, efficace per l'insonnia, è efficace nella gestione dei sintomi depressivi.

(Reuters Health) – Un programma disponibile on line . chiamato “SHUTi”, è disponibile online (<http://shuti.me/>), nato per combattere i problemi di insonnia, si è rivelato capace di ridurre i sintomi depressivi. È quanto emerge da uno studio pubblicato su Lancet Psychiatry, condotto da studio **Helena Christensen**, direttore e capo ricercatore presso il Black Dog Institute della University of New South Wales in Australia. Il team di Christensen ha randomizzato 1.149 partecipanti invitandoli ad utilizzare un programma di terapia cognitivo-comportamentale online per l'insonnia o a seguire il programma di salute interattivo, che non è stato progettato per trattare i disturbi del sonno. Si è così evidenziato che le persone che seguivano la terapia online hanno riportato una significativa riduzione dei disturbi del sonno alla fine del programma di sei settimane e dopo sei mesi di follow-up, rispetto ai loro coetanei del gruppo di controllo che non ha ottenuto la terapia online. “La maggior parte delle persone che hanno seguito il programma online hanno riportato benefici anche per la salute mentale”, ha detto l'autrice dello studio.

L'esperimento

Il programma “SHUTi” ha un costo che parte da 135 dollari per 16 settimane e comprende un corso di sei sessioni da 45 minuti online e una seconda fase di 10 settimane per l'auto-aiuto con l'accesso ai materiali e agli strumenti di revisione. Il programma è completamente automatizzato. Mentre la terapia cognitivo-comportamentale e i trattamenti per affrontare l'insonnia sono stati entrambi efficaci contro la depressione in ricerche precedenti, questo studio è stato concentrato sull'ipotesi che l'efficacia degli interventi web-based per migliorare il sonno possano anche comportare miglioramenti dell'umore, come hanno sottolineato i ricercatori nel lavoro pubblicato su Lancet Psychiatry online. Per l'esperimento online Christensen e i colleghi hanno escluso le persone che potrebbero non essere in grado di avere un sonno regolare ogni notte, come le donne in gravidanza e i lavoratori turnisti. Inoltre hanno escluso anche le persone che non avevano un affidabile accesso al web e gli individui con diagnosi di psicosi, schizofrenia o disturbo bipolare. Circa la metà dei partecipanti ha completato i programmi online di 6 settimane, con un numero significativamente maggiore di abbandoni del gruppo che riceveva la terapia cognitivo-comportamentale, rispetto al gruppo di controllo.

Risultati

In entrambi i gruppi tutti mostravano una riduzione dei sintomi della depressione a 6 settimane e a 6 mesi. Ma con la terapia online, i punteggi medi della valutazione della depressione sono scesi in maniera sufficiente per prendere in considerazione un trattamento gratuito per la depressione, mentre l'altro gruppo ha ottenuto punteggi medi che indicavano il persistere di una lieve depressione. A 6 settimane, il 71% delle persone che ha ottenuto la terapia online non mostrava sintomi di depressione, rispetto al 42% dei partecipanti del gruppo di controllo. Entro 6 mesi, il 73% di coloro che avevano sperimentato la terapia online non ha avuto la depressione, rispetto al 52% delle persone nell'altro gruppo. Non ci sono state differenze tra i gruppi nella percentuale di persone che hanno sviluppato una depressione maggiore durante il periodo di studio. A sei settimane, l'8% delle persone con questa terapia ha mostrato sintomi di depressione di gravità modesta, rispetto al 6% nel gruppo di controllo. A

sei mesi, il 3% delle persone che hanno avuto la stessa terapia ha mostrato questo livello di depressione, rispetto al 4% dell'altro gruppo.

Commenti

Lo studio, sottolineano gli autori, ha dei limiti a cominciare dal grande numero di abbandoni che forse potevano anche essere causati dal fatto che alcuni dei partecipanti hanno avuto sintomi depressivi per la prima volta e quindi hanno sperimentato anche altri metodi terapeutici. Tuttavia, va sottolineato che uno scarso numero di partecipanti stavano assumendo farmaci per la depressione e questo potrebbe avere influenzato i risultati. Comunque, nonostante questi limiti, i risultati suggeriscono che la terapia online potrebbe costituire una buona opzione di trattamento per alcune persone che hanno bisogno di aiuto per gestire la depressione, come ha commentato **Ricardo Munoz**, direttore dell'Institute for International Internet Interventions for Health presso la Palo Alto University in California. "Quello che possiamo dire sui benefici del programma somministrato online è che ha dato a molte più persone la possibilità di accesso, poiché non erano costrette a ricoverarsi in clinica per avere aiuto", ha aggiunto Munoz. "Questa è una delle grandi innovazioni e dei vantaggi degli interventi terapeutici accessibili via Internet".

Fonte: *Lancet Psychiatry*

Lisa Rapaport

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)