



RASSEGNA STAMPA

26/02/2016

1. DOCTOR 33 Ca ovarico e talco, Pinto (Aiom): nessuna evidenza scientifica
2. RAINNEWS.IT Tumori, USA il talco e muore per un cancro: multinazionale condannata
3. REPUBBLICA.IT L'esercizio fisico protegge dal tumore grazie all'adrenalina
4. PHARMA KRONOS Parlamento Ue si impegna a facilitare accesso a innovativi
5. DIRE Il Cnr scopre gene responsabile del tumore a cellule giganti
6. MATTINO «Cellule giganti», quel tumore nato in Irpinia
7. CORRIERE.IT In Germania birre «al glifosato», erbicida ritenuto cancerogeno
8. QUOTIDIANO SANITÀ Int. a Coordinatore Salute Regioni A. Saitta "Bisogni e dinamiche della sanità sono cambiati"
9. REPUBBLICA La ricetta degli altri? Spendere più soldi (soprattutto privati)
10. LIBERO QUOTIDIANO Aumenta il costo dei farmaci IL 7% dei malati non sicura più
11. DOCTOR 33 Assicurazioni, fino a 3mila euro per tutelarsi.
12. SANITA24.ILSOLE24ORE.COM Il ruolo centrale dei fisici medici nell'era dell'appropriatezza
13. ESPRESSO La fertilità è questione di vermi
14. MATTINO Virus Zika, studio dell'Iss conferma: si trasmette anche per via sessuale

Ca ovarico e talco, Pinto (Aiom): nessuna evidenza scientifica



«Nel nostro Paese io non vedo un rischio come quello che ha portato negli Stati Uniti alla condanna della Johnson & Johnson». Carmine Pinto, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), si riferisce alla sentenza con cui i giudici del tribunale di Saint Louis, nel Missouri, hanno comminato al colosso farmaceutico una multa di ben 72 milioni di dollari, da versare alla famiglia di Jacqueline Fox, morta lo scorso ottobre di cancro alle ovaie dopo aver usato per 35 anni alcuni prodotti della J & J a base di talco. La compagnia è stata giudicata colpevole di non aver informato i consumatori e le autorità di controllo della cancerogenicità dei propri prodotti, pur essendone a conoscenza fin dal 1980.

«I pericoli legati alle fibre asbestiformi non sono una novità, ma in effetti li conosciamo da trent'anni - spiega Pinto - e sono dovuti a certe produzioni minerali che venivano fatte in passato e che portavano al talco, utilizzato non soltanto in ambito sanitario ma anche per altre lavorazioni come quella della carta. Il problema non era quindi dovuto al talco di per sé ma a queste fibre che potevano essere presenti nel prodotto».

Sul talco sono stati condotti studi scientifici e «non ci sono evidenze che ne dimostrino la pericolosità; intanto - riferisce il presidente Aiom - le più attuali produzioni, in Italia e nelle altre nazioni europee, si sono evolute rispetto al passato e non risulta che vi sia una presenza di fibre asbestiformi nelle confezioni a base di questo minerale che sono oggi vendute nei supermercati e nelle farmacie». Pinto spiega che nel nostro Paese c'è una legge che dal 1994 vieta l'utilizzo dei prodotti contaminati da amianto ed è prevista tutta una serie di controlli per accertarne il rispetto: «Ci abbiamo messo vent'anni per farla, ma in Italia abbiamo una delle legislazioni più avanzate al mondo riguardo al controllo dei prodotti in campo sanitario e parasanitario, così come nel campo alimentare».

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

TUMORI, USA IL TALCO E MUORE PER UN CANCRO: MULTINAZIONALE CONDANNATA

Una giuria del Missouri ha condannato la multinazionale americana Johnson & Johnson (J&J) a pagare un risarcimento record di 72 milioni di dollari (oltre 65 milioni di euro) alla famiglia di una donna morta di cancro alle ovaie a 62 anni Tweet Talco e tumore. Oncologo Scambia: "Nessuna evidenza" 25 febbraio 2016

Con una sentenza controversa che sta già dividendo la comunità scientifica, una giuria del Missouri ha condannato la multinazionale americana Johnson & Johnson (J&J) a pagare un risarcimento record di 72 milioni di dollari (oltre 65 milioni di euro) alla famiglia di una donna morta di cancro alle ovaie a 62 anni, per il presunto uso prolungato del borotalco Baby Powder per l'igiene intima. Si tratta del primo verdetto del genere in Usa per l'utilizzo del talco, ma oltre 1.200 cause sono ancora pendenti ed altre, secondo gli esperti, potrebbero aggiungersene dopo quella del Missouri. La donna, Jackie Fox, 62 anni, di Birmingham, in Alabama, è morta l'anno scorso dopo avere usato per 35 anni il borotalco della Johnson & Johnson. I suoi avvocati hanno sostenuto che il gruppo sapeva dei rischi di cancro legati al prodotto e ha omesso di informare i consumatori, come sarebbe emerso anche da alcuni memo interni dell'azienda presentati al processo. La società, ritenuta responsabile di frode, negligenza e congiura, ha preannunciato appello. "Non abbiamo responsabilità maggiori di quella della salute e della sicurezza dei consumatori, e siamo rammaricati dall'esito del processo", ha commentato un portavoce della Johnson & Johnson. "Simpatizziamo con la famiglia ricorrente, ma crediamo fermamente che la sicurezza del talco cosmetico sia sostenuta da decenni di prove scientifiche", ha aggiunto. Da anni ci sono timori che l'uso del talco in polvere, soprattutto sui genitali, possa aumentare il rischio di cancro alle ovaie, ma le prove non sono unanimes e definitive, come ammette anche una organizzazione del settore, la charity Ovacome. Questa precisa che lo scenario peggiore è che tale uso possa accrescere di un terzo la possibilità di sviluppare una patologia comunque rara. Anche la International Agency for Research on Cancer evoca la probabilità, classificando il talco usato sui genitali come "possibile carcinogeno". Tutto è legato al talco, che nella sua forma naturale contiene l'asbesto (amianto), un minerale cancerogeno. Tuttavia dal 1970 è sul mercato il talco 'asbestos-free' e anche gli studi su questo prodotto hanno fornito risultati contraddittori. Sulla possibilità che l'uso del talco possa aver provocato un cancro alle ovaie resta scettico Leonardo Celleno, Direttore del Centro di ricerche cosmetologiche dell'Università Cattolica di Roma: "Lo ritengo molto, molto improbabile. E' il primo caso che sento in assoluto, rimango perplesso". Oggi, spiega l'esperto, i prodotti cosmetici commercializzati contengono ingredienti studiati e sicuri. In passato si erano

espressi dubbi sulla sicurezza di alcuni deodoranti e su presunti rischi di cancro al seno. Ma, ribadisce, il rischio da contatto non è verosimile, una sostanza eventualmente pericolosa dovrebbe comunque entrare nel circolo sanguigno e poi andare ad accumularsi in un organo per favorire lo sviluppo di un tumore. Il talco contiene elementi assorbenti e magari dei profumi. Difficile ipotizzare la presenza di qualcosa di pericoloso, soprattutto perché, ribadisce Celleno, vi sono commissioni ad hoc specializzate per il controllo della sicurezza dei componenti dei prodotti cosmetici messi sul mercato.

<http://la.repubblica.it/salute>

L'esercizio fisico protegge dal tumore grazie all'adrenalina

Lo sostiene una ricerca dell'Università di Copenhagen sui topi. Meno casi e prognosi migliore. Effetto positivo anche in caso di attacchi cardiaci



Secondo lo studio lo sport 'protegge' dai tumori grazie all'adrenalina POTREBBE essere l'adrenalina il segreto dell'effetto protettivo dell'attività fisica nei confronti del cancro. Lo afferma uno studio, per ora solo sui topi, pubblicato da *Cell Metabolism*, il primo a indagare sui meccanismi molecolari di questo fenomeno. Secondo studi precedenti, chi fa regolare esercizio fisico ha sia una minore probabilità di avere un cancro che una maggiore sopravvivenza.

Diversi studi in passato hanno messo in [relazione lo sport](#) e l'insorgenza di tumori. I ricercatori dell'università di Copenhagen hanno impiantato cellule di melanoma in due gruppi di topi, uno con nella gabbia delle ruote, mentre l'altro senza possibilità di fare esercizio. Gli animali del primo gruppo dopo un mese hanno avuto molti meno tumori e anche meno metastasi. Dalle analisi del sangue è emerso che nei corridori c'era un maggior tasso di adrenalina, di una molecola chiamata *interleuchina 6* e di un componente del sistema immunitario. Un esperimento successivo ha stabilito che è proprio l'adrenalina

la principale responsabile della protezione, perché con la sua presenza favorisce la formazione delle altre due molecole.

"Con questi risultati dimostriamo che i topi che fanno esercizio fisico hanno visto una riduzione del cancro - spiega Pernille Hojman, ricercatrice dell'università di Copenhagen - . Ma i topi non sono persone ed è impossibile dire se il meccanismo si applica anche all'uomo, anche se è noto che l'esercizio, specialmente quello moderatamente intenso, aumenta la produzione di adrenalina". Oltre che a proteggere parzialmente dal cancro, l'esercizio sembra avere un effetto benefico anche sugli attacchi cardiaci. Secondo un altro studio pubblicato dall'American Journal of Medicine, il rischio di depressione, che è triplo negli infartuati rispetto a chi non ha avuto attacchi, è dimezzato nelle persone atletiche, e cala anche se si inizia a fare sport dopo l'evento.

Del ruolo che l'attività fisica avrebbe nei confronti dei tumori si parla da tempo. Va detto che alcuni tipi di cancro sono sensibili agli effetti del movimento, che ne riduce l'incidenza. La relazione diretta è stata dimostrata per il [cancro del colon](#), dell'endometrio e [del seno](#), mentre per altri, come quello della prostata, i dati non sono ancora sufficienti per trarre conclusioni definitive. Va detto però, con [ricorda l'Airc](#), che il meccanismo per cui lo sport esercita un'azione anticancro non è ancora del tutto chiaro per alcuni tumori. Va ricordato che l'esercizio è utile per la prevenzione delle malattie cardiovascolari e per evitare l'osteoporosi.



adnkronos
salute

○ 26 febbraio 2016

○ NUMERO 35 | ○ ANNO 10

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Parlamento Ue si impegna a facilitare accesso a innovativi

Primo passo verso modifica processo approvazione

Il Parlamento Europeo si impegna a facilitare l'accesso ai medicinali innovativi per i malati di tumore. Nei giorni scorsi la commissione Envi (Ambiente sanità pubblica e sicurezza alimentare) ha infatti dato il via libera agli emendamenti presentati sul regolamento 726/2004, che regola il processo tramite il quale la European Medicines Agency (Ema) approva la commercializzazione dei nuovi farmaci. Un primo passo, dunque, verso la modifica del processo attraverso il quale i farmaci vengono approvati a livello europeo. "Le modifiche proposte - si legge in una nota dell'Ecpc, European Cancer Patient Coalition - faciliteranno l'accesso alle medicine innovative da parte dei pazienti, riducendo drasticamente i tempi tra l'autorizzazione alla commercializzazione di un nuovo farmaco e le decisioni dei singoli paesi sul relativo rimborso". Ma cosa accade oggi? In molti Paesi il valore dei nuovi farmaci è deciso in base al valore aggiunto che questi apportano ai malati rispetto alle medicine già disponibili, e ovviamente anche in base alle risorse finanziarie a disposizione dei vari Paesi. Tutti i Paesi europei sono obbligati ad adottare e rendere disponibili i nuovi farmaci entro 180 giorni dall'autorizzazione di Ema. Tuttavia, come ha documentato Ecpc in 'Europe of Disparities in Cancer', questi parametri generalmente non vengono rispettati. Infatti, l'accesso alle nuove

medicine salvavita è ritardato anche perché ogni Paese deve effettuare la propria valutazione di relative effectiveness. Questa procedura crea differenze molto marcate nella tempistica di accesso ai nuovi farmaci: ne deriva che lo stesso farmaco è valutato per la sua efficacia 28 volte (una per ogni Paese membro), pur basandosi sempre sugli stessi dati. Dal 2013 Ecpc ha più volte sollecitato un intervento legislativo mirato ad ottenere un valore di riferimento del farmaco a livello europeo contestualmente alla valutazione dell'Ema. A questo fine Ecpc ha collaborato con Elisabetta Gardini (parlamentare europea, Forza Italia) per proporre modifiche al regolamento dell'Ema, in corso di revisione da parte della commissione Envi del Parlamento Europeo. Gli emendamenti proposti riguardano un'unica valutazione di relative effectiveness per tutti i Paesi europei, da effettuarsi parallelamente alle decisioni assunte dall'Ema. Ebbene, questi emendamenti sono stati ora approvati dalla commissione con una larga maggioranza, con il consenso dei principali partiti europei. "Il testo del Regolamento così modificato sarà votato dal Parlamento Europeo in seduta plenaria nella primavera del 2016. Successivamente sarà valutato dal Consiglio dell'Unione Europea di cui fanno parte i governi dei Paesi membri".

Margherita Lopes

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

Il Cnr scopre gene responsabile del tumore a cellule giganti



ROMA – I ricercatori dell'Istituto di genetica e biofisica del Consiglio nazionale delle ricerche (Igb-Cnr) di Napoli **hanno identificato il gene ZNF687 come responsabile della malattia ossea di Paget associata alla degenerazione neoplastica** (tumore a cellule giganti). La ricerca è stata finanziata dalla Fondazione Telethon e dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc) ed è pubblicata sulla rivista American Journal of Human Genetics.

Il tumore a cellule giganti associato alla malattia ossea di Paget è **un disordine genetico che colpisce il sistema scheletrico**, che secondo i ricercatori ha avuto origine in **Campania**. “La dolorosa deformità dei segmenti interessati è dovuta ad **una crescita anomala delle ossa**, che diventano più grandi e più deboli, e quindi maggiormente soggette a fratture”, spiega Fernando Gianfrancesco, ricercatore dell'Igb-Cnr che ha coordinato lo studio. “Per l'1% della popolazione affetta, la patologia può essere complicata dallo sviluppo del tumore a cellule giganti delle ossa pagetiche colpite, che provoca un notevole abbassamento dell'aspettativa di vita. Il 50-80% dei decessi di tali pazienti avviene nei successivi 5-10 anni dalla diagnosi”, spiega la ricercatrice Giuseppina Divisato dell'Igb-Cnr che ha condotto gli esperimenti.

Per giungere all'identificazione di ZNF687 **i ricercatori hanno impiegato tecnologie di sequenziamento di nuova generazione**. “Questo gene è responsabile della variante della malattia che determina la degenerazione neoplastica delle ossa colpite”, continua Gianfrancesco. “Abbiamo dimostrato che le cause di questa patologia **sono esclusivamente genetiche**. Infatti, tutti i pazienti affetti presentano la stessa alterazione, che probabilmente si è generata in Campania e negli anni si è consolidata diffondendosi attraverso le generazioni nelle popolazioni limitrofe (effetto fondatore)”. Quest'ultimo elemento della ricerca risolverebbe la questione relativa all'attribuzione di fattori genetici e/o ambientali nello sviluppo della patologia. “Tra tutti i casi presenti nella letteratura scientifica, oltre il 50% dei pazienti proveniva da tale regione e nello

specifico da Avellino”, prosegue il ricercatore dell'Igb-Cnr, “ma lo studio in merito alla degenerazione neoplastica della malattia ossea di Paget ha escluso cause ambientali associate allo sviluppo dei tumori a livello locale. Evidenza ulteriormente supportata dall'analisi del gene ZNF687 condotta su pazienti americani di origine italiana, discendenti da immigrati e provenienti dalla zona dell'avellinese”.

Rilevante anche il valore diagnostico e predittivo della ricerca: “Attraverso i risultati dello studio **ora è possibile identificare i pazienti pagetici predisposti allo sviluppo del tumore a cellule giganti**, indirizzandoli verso un trattamento farmacologico che ne arresti la crescita”, conclude Gianfrancesco.

La genetica

«Cellule giganti», quel tumore nato in Irpinia

La scoperta dei ricercatori Igb-Cnr: la metà dei malati nel mondo era figlio di emigranti

La radice

La malattia è molto rara. Deriva dalla degenerazione del «Paget» che colpisce le ossa

Ettore Mautone

Campania capitale della genetica, non solo per l'anagrafe dei ricercatori - tra i più bravi al mondo - ma a quanto pare anche per l'origine di un particolare e raro tumore delle ossa (cosiddetto a cellule giganti) che si sviluppa come degenerazione del morbo di Paget, anomalia del metabolismo osseo che si manifesta in età adulta con dolore e deformità scheletriche e che

è efficacemente curato con farmaci simili a quelli utilizzati nell'osteoporosi. Una terapia che a questo punto, se iniziata precocemente nei soggetti portatori del gene «campano» - o più precisamente avellinese, come vedremo tra poco - potrà prevenire la degenerazione e salvare alcune decine di vite. È questa la conclusione a cui sono giunti i ricercatori dell'Igb (Istituto di Genetica e biofisica) del Cnr di Napoli che hanno appena pubblicato un lavoro scientifico sull'American Journal of Human Genetics. I due autori della ricerca, entrambi campani, Fernando Gianfrancesco, che coordina lo studio, e Giuseppina Divisato, che ha condotto gli esperimenti, risalendo nel tempo fino agli albori degli articoli scientifici che descrivono il Paget hanno ricostruito i casi clinici descritti in letteratura e si sono accorti che la metà dei pazienti che avevano sviluppato i «tumori a cellule giganti» erano di origine italiana. Anzi campana. E a scavare ancora nell'anagrafica dei pazienti è venuto fuori che qualunque fosse la parte del mondo in cui veniva descritta la malattia tumorale il soggetto aveva radici avellinesi. «Evidentemente si trattava di qualcosa di più di un caso - avverte Fernando Gianfrancesco - Avellino contro il resto del mondo ci suggeriva in maniera evidente che "l'evento fondatore" della malattia, come si dice in genetica, si radica proprio ad Avellino».

Il Paget è di per sé una malattia non

molto frequente che colpisce l'1% della popolazione e si caratterizza per un eccesso di attività di deposizione e prelievo d'osso nella sede della lesione. Come un'infiammazione, anche se su base genetica, e che alla lunga, in presenza di un altro fattore molecolare che si aggiunge al primo, può dare origine alla neoplasia. Tumore raro, 120 casi studiati in tutto nel mondo, ma 60 di essi si concentrano tra gli avellinesi. «Abbiamo analizzato tutti i pazienti - aggiunge il ricercatore - studiato il Paget associato a quella mutazione, approfondito tutti i casi disponibili da quelli canadesi a quelli Usa e 1 su 2 era sempre figlio di emigranti avellinesi». Non Terra dei fuochi ma matrice genetica di origine a caratterizzare una maggiore incidenza di malattia.

Da oggi sarà possibile identificare i pazienti affetti da questa grave forma e indirizzarli verso un trattamento farmacologico che arresti la crescita del tumore. Il gene ha come targa ha ZNF687 ed è ormai chiaro che sia il responsabile della degenerazione neoplastica (tumore a cellule giganti) associata a malattia ossea di Paget. «La dolorosa deformità dei segmenti interessati è dovuta ad una crescita anomala delle ossa, che diventano più grandi e più deboli, e quindi maggiormente soggette a fratture», - aggiunge Gianfrancesco. «Il 50-80% dei decessi avviene nei successivi 5-10 anni dalla diagnosi di tumore secondario», aggiunge Giuseppina Divisato.

Per giungere all'identificazione di ZNF687 i ricercatori hanno impiegato tecnologie di sequenziamento di nuova generazione, identificando il gene responsabile della variante della malattia che determina la degenerazione neoplastica delle ossa colpite. «Abbiamo dimostrato - conclude il ricercatore - che le cause di questa patologia sono esclusivamente genetiche. Infatti, tutti i pazienti affetti presentano la stessa alterazione, che probabilmente si è generata in Campania e negli anni si è consolidata diffondendosi attraverso le generazioni nelle popolazioni limitrofe». Quest'ultimo elemento della ricerca risolverebbe la questione relativa all'attribuzione di fattori genetici o ambientali nello sviluppo della patologia. In merito alla degenerazione neoplastica della malattia ossea di Paget lo studio ha inoltre escluso cause ambientali. Rilevante anche il valore diagnostico e predittivo della ricerca: «Attraverso i risultati dello studio - conclude Gianfrancesco - ora è possibile identificare i pazienti pagetici predisposti allo sviluppo del tumore a cellule giganti, indirizzandoli verso un trattamento farmacologico che ne arresti la crescita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

La commissione europea si appresta a rinnovarne l'autorizzazione

In Germania birre «al glifosato», erbicida ritenuto cancerogeno

Analizzate 14 note «bionde» per individuare i livelli della sostanza, classificata come «probabilmente cancerogena» dall'Agenzia per la ricerca sui tumori di Lione. Emanuela Testai, tossicologa (Iss): «Le quantità trovate non sono pericolose per la salute umana»

di Laura Cuppini



Birra «al glifosato», [il principio attivo più usato al mondo per produrre pesticidi, ritenuto «probabilmente cancerogeno»](#). Il caso viene dalla Germania e riguarda alcune marche di birra tra le più note, che sono risultate contenere il composto. L'analisi è stata fatta dall'Istituto per l'ambiente di Monaco su 14 "bionde": Beck's, Paulaner, Warsteiner, Krombacher, Oettinger, Bitburger, Veltins, Hasseroeder, Radeberger, Erdinger, Augustiner, Franziskaner, König Pilsener e Jever. In tutte è stato trovato l'erbicida, derivante dalla lavorazione del malto d'orzo: i livelli registrati oscillano fra 0,46 e 29,74 microgrammi per litro. Per la birra non esiste un limite di legge, ma il glifosato è stato classificato come «probabile cancerogeno per l'uomo» dallo IARC di Lione (International Agency for Research on Cancer) a marzo dello scorso anno. Da qui la polemica. Gli esperti sono però divisi sulla pericolosità dell'erbicida per la salute dell'uomo. «Un adulto dovrebbe bere intorno ai mille litri di birra al giorno per assumere una quantità di glifosato preoccupante per la salute», scrive l'Istituto tedesco per la valutazione del rischio (BfR) in una nota.

«La dose massima? Trenta milligrammi al dì»

È d'accordo Emanuela Testai, tossicologa e dirigente di ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità: «La frase dell'Istituto BfR, ente governativo e nostro omologo tedesco, non è detta a caso: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che si basa su studi tossicologici (e dunque di reale impatto delle sostanze sulla salute), possono essere ammessi 0,9 milligrammi per litro di glifosato nell'acqua potabile. E l'EFSA (Autorità europea per la sicurezza alimentare) ha calcolato la “dose acuta di riferimento”, ovvero la quantità massima giornaliera che si può assumere senza correre rischi per la salute: 0,5 milligrammi per chilo di peso al giorno. E aggiungo che questi valori di riferimento vengono sempre calcolati usando la massima prudenza. Dunque, se il peso medio di un uomo adulto è 60 chili, ognuno potrebbe assumere circa 30 milligrammi di glifosato nell'arco di un giorno senza correre rischi. E 30 milligrammi corrispondono a 29,74 microgrammi moltiplicati per mille». La dottoressa Testai spiega come nascono le valutazioni dell'EFSA e in cosa differiscono da quelle dello IARC: «L'Agenzia per la ricerca sui tumori, nelle sue classificazioni, prende in esame solo lavori pubblicati sulle riviste scientifiche internazionali, mentre l'EFSA ha a disposizione i dati che devono essere forniti per legge da qualunque industria che immetta una sostanza sul mercato. Il regolamento europeo obbliga i fabbricanti a presentare studi fatti secondo metodologie stabilite dall'OCSE in centri certificati per le “buone pratiche di laboratorio”. Dunque, con criteri molto stringenti».

La replica dei birrai: «Studio non credibile»

Secco il giudizio dell'Unione dei birrai tedeschi, secondo cui lo studio dell'Istituto di Monaco «non è credibile» e l'accusa di mancato controllo delle materie prime «assurda e completamente infondata». «Il nostro monitoraggio indica che i valori misurati sono sempre chiaramente al di sotto dei limiti massimi - spiega l'Unione birrai -, e in nessun momento sono stati riscontrati superamenti dei limiti massimi permessi per i residui di glifosato». Più articolata l'opinione dell'Unione dei coltivatori tedeschi (Dbv), secondo cui la presenza del glifosato potrebbe essere causata dall'importazione di malto d'orzo. «In Germania abbiamo la più ferrea regolamentazione per la tutela delle piante», ha detto un portavoce dell'associazione. È invece plausibile, ha aggiunto, che tracce di glifosato siano finite nella catena di produzione con l'importazione. Secondo la Dbv, ogni anno in Germania viene coltivata una tonnellata di malto d'orzo e la stessa quantità viene importata dall'estero, principalmente da Francia, Danimarca e Gran Bretagna. In Germania l'utilizzo del glifosato è vietato nella fase che precede la raccolta, ma è possibile che venga utilizzato per trattare i campi prima della semina. In ogni caso in due o tre settimane la sostanza si decompone nel terreno, dice ancora il rappresentante dei coltivatori, «altrimenti non crescerebbe nulla».

La discussione in corso in Europa

Di glifosato si discute anche a livello europeo: la Commissione UE discuterà con gli Stati Membri, il 7 o 8 marzo prossimi, il rinnovo dell'autorizzazione per l'utilizzo in Europa del composto, usato tra l'altro per produrre l'erbicida “Roundup” di Monsanto (e altri 750 formulati). Verrebbe però vietato - precisano le fonti - un coformulante chimico usato in combinazione con il principio attivo: ossia il Poe-tallowamine (già vietato in Germania), che è risultato più tossico del glifosato stesso. Saranno gli Stati Membri, in fase di autorizzazione dei singoli formulati, ad avere la possibilità di identificare altri coformulanti dannosi attualmente utilizzati nei fitofarmaci, in modo da aumentare il livello di sicurezza. Il glifosato è al centro di una diatriba tra i sopra citati Autorità europea per la sicurezza alimentare e IARC di Lione. [Per l'EFSA la cancerogenicità non è verificata dal punto di vista scientifico, quindi è «improbabile» che ci sia un tale rischio per l'uomo.](#) Al contrario, i ricercatori dello IARC hanno definito il glifosato «[probabilmente cancerogeno per l'uomo](#)» (categoria A2). Con un'ulteriore differenza: l'EFSA si è pronunciata sulla molecola, in quanto è il principio attivo che nella UE viene autorizzato, mentre spetta alle singole autorità nazionali valutare la sicurezza e mettere (o meno) sul mercato i prodotti commerciali. Al contrario lo IARC ha esaminato sia la molecola che i prodotti formulati (spesso a composizione non nota o contenenti coformulanti come il citato Poe-tallowamine), concludendo che è sicuramente cancerogena per gli

animali e fortemente a rischio anche per l'uomo.

Le associazioni ambientaliste danno battaglia

In Italia una trentina di associazioni ambientaliste e dell'agricoltura biologica hanno chiesto al governo il bando della produzione, commercializzazione e uso di questo pesticida. «Quello del glifosato è un autentico scandalo: senza pareri univoci sul piano scientifico in merito alla sua pericolosità per la salute umana, la Commissione europea sta per procedere a una nuova autorizzazione per altri 15 anni» spiegano le associazioni. L'autorizzazione del glifosato a livello europeo, scaduta il 31 dicembre, è stata prorogata a giugno 2016 in attesa della revisione e consultazione finale. Come detto, Commissione e Stati Membri si apprestano a un'autorizzazione per altri 15 anni sulla base di una decisione che andrà in votazione nella prossima commissione permanente del Paff (comitato per le piante, gli animali, gli alimenti e i mangimi) e per la quale tutti gli Stati, esclusa la Svezia, sembra siano a favore. «Dopo il parere dell'EFSA (l'Autorità europea per la sicurezza alimentare), che ha decretato la non cancerogenicità per l'uomo del glifosato in contrasto con quello dello IARC - sottolinea nella lettera inviata a tre ministri italiani (Agricoltura, Ambiente e Salute) la portavoce del tavolo delle 32 associazioni, Maria Grazia Mammuccini -, in assenza di un consenso scientifico sul tema della pericolosità del prodotto, la Commissione e gli Stati membri hanno prima di tutto la responsabilità di proteggere la salute dei cittadini adottando il principio di precauzione».

Glifosato sospettato di causare celiachia e tumori

L'Italia è uno dei maggiori utilizzatori di questo pesticida, previsto nel Piano d'azione nazionale per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari (Pan). Il che significa che tutti i Programmi regionali per lo sviluppo rurale (2014-2020) promuoveranno come sostenibile e incentiveranno l'uso del prodotto che da tempo è sospettato di poter causare danni alla salute umana. In passato è stato sospettato di interferire con il sistema endocrino e, più di recente, di rappresentare un fattore di rischio per l'insorgenza della celiachia, leucemie infantili e alcune malattie neurodegenerative (come il Parkinson). Ma non ci sono prove scientifiche di queste correlazioni. «Il glifosato come tale non altera il Dna - spiega Emanuela Testai -, solo in alcuni degli studi epidemiologici esaminati dall'EFSA è emersa una limitata evidenza di associazione tra glifosato e linfoma non-Hodgkin. Ma in questi studi l'esposizione è spesso non limitata al solo glifosato. Nei lavori sugli animali, in gran parte privi di evidenze di effetti cancerogeni, sono stati evidenziati alcuni tumori con una somministrazione giornaliera di mille milligrammi (ovvero 1 grammo) per chilo di peso. Al di sotto di questa dose si osservano altri effetti tossici: la dose acuta di riferimento di cui parlavo prima è calcolata per evitare il rischio di insorgenza di questi effetti, e quindi è protettiva anche per eventuali effetti cancerogeni». Al di là dei rischi reali per la salute, le associazioni ambientaliste sono sul piede di guerra: il glifosato, dicono, è largamente utilizzato non solo in agricoltura, ma anche per la pulizia delle strade e delle ferrovie e presente nei prodotti per il giardinaggio e l'hobbistica. Anche i bambini possono essere esposti a questa sostanza durante le erogazioni in aree pubbliche, come scuole e giardini. «Le alternative al glifosato ci sono, e vanno rese note e incentivate - conclude Mammuccini -, sia in agricoltura che per la manutenzione del verde pubblico».

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 25 FEBBRAIO 2016

“Bisogni e dinamiche della sanità sono cambiati. Le Regioni sono pronte a fare la propria parte”. “Vogliamo una grande intesa con i medici”. Intervista al neo Coordinatore Salute delle Regioni Antonino Saitta

Nominato stamattina dalle Regioni a capo della Commissione Salute, l'assessore alla sanità del Piemonte prende il posto di quello dell'Emilia Romagna Sergio Venturi in un avvicendamento di ruoli già previsto all'indomani della nomina a presidente delle Regioni del governatore Bonaccini. Ecco i suoi programmi in questa sua prima intervista da "neo ministro" della Sanità delle Regioni

Un grande patto con gli operatori sanitari, a partire dai medici di famiglia, per raggiungere il grande obiettivo dell'appropriatezza, farmaceutica e diagnostica, con contratti e convenzioni che potrebbero diventare il “treno” per facilitarne l'arrivo. E senza la spada di Damocle del sistema sanzionatorio che “da solo non è la strada per ottenere la condivisione” degli scopi da centrare. E ancora, un'intesa Regioni e il Governo che vada incontro “alle esigenze di tutte le parti”, per risolvere le divergenze che hanno portato medici e dirigenti sanitari a proclamare due giorni di sciopero.

È sicuramente una politica di mediazione quella che connoterà la nuova stagione della sanità regionale sotto la guida dal piemontese Antonino Saitta, nominato questa mattina nuovo Coordinatore della Commissione Salute delle Regioni.

“Collaborazione, intesa, patto, concordia” sono, infatti, il fil rouge che lega le soluzioni prospettate dal neo coordinatore, in questa sua prima intervista dopo la nomina, alle tante questioni ancora aperte sul tappeto della sanità, dal Decreto appropriatezza, alla vertenza salute, fino al rilancio della sanità meridionale.

E chissà che non riesca a sbrogliare la matassa se è vero, come sostiene, che tra le Regioni nonostante differenti colori politici si è aperta una nuova fase di grande collaborazione. Fattore decisivo questo, anche in vista della Riforma costituzionale che rimette nello Stato la competenza legislativa sulle politiche sanitarie. Un “neo centralismo” che Saitta comprende nelle sue motivazioni anche se specifica che non può essere la “soluzione dei problemi, anche perché - dice - rimane sempre e comunque distante dalle esigenze della comunità locali”.

“Meglio operare un'autoriforma delle Regioni - è l'idea del neo Coordinatore della Commissione salute - definendo modalità e criteri che eliminino le differenziazioni. Quindi, prima ci attrezziamo e meglio è”.

Senza soldi però non si cantano messe. Le Regioni, ha detto, sono consapevoli della necessità di riorganizzare l'offerta di salute anche alla luce di una domanda di salute che ha cambiato connotati. Ma come tutte le partite da giocare, soprattutto quando le regole sono dettate da un Patto, quello per la salute, stretto con il Governo, servono, per forza di cose, investimenti. E quindi le richieste delle Regioni

per il Fondo sanitario nazionale 2017 e 2018, non possono rimanere inerte.

Assessore Saitta, il fronte della sanità rimane molto caldo è di poche settimane fa la richiesta inviata al Governo di fissare il Fondo sanitario 2017 e 2018 a 113 e 115 miliardi, e di assorbire il vostro contributo di finanza pubblica. Cosa prevede?

C'è innanzitutto un punto che ritengo sia importante sottolineare: la nostra non è una richiesta di fondi tout court, ma una richiesta di finanziamenti necessari per avviare una fase nuova del sistema sanitario. Mi spiego, negli ultimissimi anni abbiamo assistito a un'accelerazione nei processi di cambiamento con una domanda di salute che ha mutato pelle. Una mutazione alla quale peraltro la politica non sempre ha saputo rispondere. L'elemento dirimente rispetto al passato è quello della qualità dei servizi, sulla quale pesa il giudizio dei cittadini. Quello che ora prevale è la loro opinione, anche perché hanno a disposizione elementi sostanziali per poter scegliere dove farsi curare. I confini amministrativi non ci sono più, tant'è che le Regioni sono chiamate prepotentemente a rispondere al fenomeno della mobilità sanitaria. Dobbiamo quindi rispondere a questa nuova domanda. E la soluzione non passa solo nella revisione a tavolino della rete ospedaliera, ma comporta una riorganizzazione dell'offerta in base agli outcome, e una riorganizzazione dell'assistenza sul territorio con un'offerta autorevole. Questa partita, le cui regole peraltro sono contenute nei principi del Patto per la salute, va però accompagnata e richiede, per forza di cose, un qualche investimento.

Serve però un grande sforzo di responsabilità da parte delle Regioni...

Non ci sono dubbi, le Regioni sono pronte a realizzare responsabilmente i cambiamenti. Anzi, devo sottolineare che la fase del regionalismo esasperato ormai è superata e se n'è aperta una nuova di grande collaborazione, per cogliere le esperienze migliori e cercare di adeguarle alla propria realtà.

Rinnovo del Patto Salute. Qual è lo stato dell'arte?

Ci stiamo lavorando, in particolare in questo momento i tecnici stanno censendo le scadenze previste dal Patto. Ma una cosa è certa, il Patto per la Salute è stato, ed è, un fatto importante perché ha consentito di entrare nel merito di questioni normalmente oggetto di contrattazione anno per anno e di passare a un disegno di carattere generale. Sicuramente qualche modifica bisognerà apportarla in sede di rinnovo, anche alla luce delle risorse disponibili e a quelle che si libereranno attraverso le operazioni di economia realizzate dalle Regioni.

Il presidente Bonaccini, in una recente intervista a [Quotidiano Sanità](#), ha detto di voler puntare ad un'alleanza con Renzi per il buongoverno della sanità. Condivide questa linea d'azione?

Soprattutto pensa che tutte le Regioni faranno fronte unito?

Come ho sottolineato, le Regioni hanno intrapreso una nuova fase di collaborazione. Al di là dei diversi colori politici, sulle questioni sostanziali non sono mai emerse forti differenziazioni. Su alcune questioni magari qualcuno ha voluto rimarcare un parere diverso, ma non mi sembra che sul piano politico questo possa determinare una debolezza del fronte regionale. Per quanto riguarda la posizione del presidente Bonaccini è chiaramente condivisibile.

Passiamo a un altro tema che chiama in causa i professionisti del Ssn, ossia il Decreto appropriatezza. Nella riunione con Ministero e Fnomceo avete previsto l'attivazione di un tavolo congiunto permanente per integrare e magari anche riformulare i criteri di appropriatezza ed erogabilità. Qual è la sua posizione in proposito?

Sicuramente ci sono elementi che vanno rimessi a posto, e il tavolo aperto al Ministero ha convenuto su questo punto. Credo però che il grande obiettivo dell'appropriatezza, farmaceutica e diagnostica, si possa ottenere stringendo un grande patto con gli operatori sanitari, a partire dai medici di famiglia. E il tema del rinnovo di contratti e convenzioni potrà diventare l'occasione per capire come riuscire a coinvolgere i professionisti intorno a questi difficili obiettivi. In particolare, per quanto riguarda i medici di medicina generale dobbiamo trovare una modalità poter raggiungere l'obiettivo appropriatezza sul territorio, e ritengo che le Regioni abbiano strumenti concreti per coinvolgerli direttamente e anche per verificare i risultati.

E in merito alle sanzioni a carico dei medici?

Personalmente ho dubbi che il sistema sanzionatorio da solo sia la strada per ottenere la condivisione da parte dei medici. Ci sono esperienze in Italia da mutuare senza arrivare a posizioni di

contrapposizione.

Rimaniamo sempre sul tema, qual è la posizione delle Regioni sulla vertenza medica che culminerà con due giorni di sciopero a marzo?

È prioritario che le Regioni e il Governo trovino un'intesa per poter concordare a fondo una soluzione con medici e dirigenti sanitari che venga incontro alle esigenze di tutte le parti, tenendo sempre presente che dobbiamo fornire risposte al nostro primo "cliente" cioè i cittadini. Tematiche importanti e profondamente innovative per il servizio sanitario come l'appropriatezza e la riorganizzazione del servizio sui territori devono poter vedere Regioni e Ministeri in sintonia perché le novità siano poi applicate in modo uniforme in ogni parte d'Italia. Sono certo che il ministro Lorenzin concorderà su questa necessità.

Riforma del Titolo V, l'ipotesi è che la sanità torni saldamente nelle mani del livello centrale levandole alle Regioni la legislazione concorrente. Cosa auspica?

Credo che questa esigenza di ritorno al centralismo per alcuni settori possa anche essere comprensibile, in particolare quando ci troviamo di fronte a tanti servizi sanitari con livelli di servizi differenti come in sanità. È chiaro e legittimo quindi che possa emergere la necessità di avere un sistema uniforme. Penso però che il centralismo non risolva i problemi, anche perché rimane sempre e comunque distante dalle esigenze della comunità locali. Meglio operare un'autoriforma delle Regioni definendo modalità e criteri che eliminino le differenziazioni. Quindi, prima ci attrezziamo e meglio è.

È di pochi giorni fa la notizia dell'indagine che ha travolto la sanità lombarda. Al di là di quest'ultimo episodio, ritiene che le Regioni possano pensare di condividere un programma straordinario di trasparenza e legalità nel settore?

È sicuramente fondamentale, anche perché come dimostrano i dati della Corte dei Conti, quando si verificano questi episodi, le somme sottratte al sistema pubblico e quindi ai cittadini sono ingenti. Servono maggiori controlli e modalità in grado di evitare che alcune questioni delicate possano essere gestite solo da pochi. Questo si traduce, in particolare in sanità, nell'adozione di regole per gli acquisti di beni e servizi. E il sistema delle centrali d'acquisto è una soluzione per garantire la necessaria trasparenza nelle gare di acquisto, come anche il livello nazionale Consip.

La sanità del Mezzogiorno invece continua a segnare il passo. È possibile prevedere un piano di rilancio della sanità del Sud senza creare mal di pancia a quelle Regioni che, al contrario, hanno attuato scelte drastiche per rimettere in carreggiata la loro sanità?

Questo tema è sicuramente nell'agenda del confronto tra il Ministro della Salute e Regioni. Serve però un aiuto da parte del Governo per realizzare un piano di interventi finalizzato, nel tempo, al raggiungimento di alcuni risultati. Se questo si realizzerà si potrà raggiungere un'intesa. E i presidenti del Sud sono perfettamente consapevoli che alcuni interventi non sono più rinviabili.

Cosa ne pensa della proposta degli oncologi italiani, appoggiata anche da Aifa, di suddividere il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera per aree terapeutiche, prevedendo anche un budget ad hoc per i farmaci innovativi?

Prima di affrontare la questione della suddivisione dei tetti per aree terapeutiche abbiamo una priorità da affrontare: quella della governance del sistema e dei farmaci innovativi. Una questione sulla quale ci stiamo confrontando con il Governo. Quindi, il tema vero è capire come finanziare l'aumento della spesa farmaceutica anche alla luce dei farmaci innovativi.

Per concludere, il suo predecessore ha radicalmente riorganizzato la Commissione salute mettendo in atto una vera e propria spending review che dovrebbe portare a 1 milione di risparmi. Continuerà sul solco già tracciato da Venturi?

Senza ombra di dubbio. Sono stato il suo vice in questo ultimo periodo, ho condiviso il suo metodo e mi pongo nella continuità. Colgo l'occasione per ringraziarlo pubblicamente per il suo lavoro, frutto anche della sua grande competenza.

Ester Maragò

> IL CONFRONTO

La ricetta degli altri? Spendere più soldi (soprattutto privati)

SILVIA BENCIVELLI

SONO pochi e hanno poche risorse: il confronto tra l'Italia e l'estero non può che partire dai numeri. In Italia abbiamo quattro ricercatori ogni mille abitanti, mentre in Germania sono otto, in Francia nove e in Giappone dieci. E la sola Università di Cambridge riceve ogni anno dal Research Council inglese più di quanto il nostro ministero non dia a tutte le università italiane. Con i nostri numeri, e con i criteri mal definiti con cui i fondi vengono distribuiti per di più a cadenze irregolari, il dibattito sulla ricerca italiana casca sempre lì, sui finanziamenti e su chi decide come assegnarli, e a che cosa.

Ma anche all'estero il sistema della ricerca è diviso tra università e centri di ricerca, e al Cnr italiano corrispondono analoghi enti di ricerca strutturati in istituti distribuiti su tutto il territorio nazionale, come il Cnrs francese e il Max Planck tedesco. Anche all'estero, alcuni di questi centri di ricerca sono specificatamente dedicati alla tecnologia. In Germania, per esempio, c'è la Fraunhofer, che però ha 18.000 ricercatori e un budget di 1,65 miliardi di euro all'anno: dieci volte quello con cui il governo finanzierà Human Technopole. Non solo: di quei 1,65 miliardi di euro, solo il 30 per cento arriva dallo Stato. E il resto? Dal privato, e da fondi per la ricerca applicata.

ORIPRODUZIONE RISERVATA



L'inchiesta sulla sanità

Aumenta il costo dei farmaci Il 7% dei malati non si cura più

*Gli italiani rinunciano ai medicinali per motivi economici, liste di attesa e caro-ticket
Il picco al Sud: 11%. Diminuiscono i fondi pubblici e cresce il carico per i cittadini*

■ ■ ■ **DINO BONDAVALLI**

■ ■ ■ A voler ad ogni costo trovare un aspetto positivo, fosse altro per non essere arruolati per l'ennesima volta dal premier Matteo Renzi nella categoria dei "gufi", si potrebbe dire che il rialzo è stato più contenuto rispetto ad altri periodi nel passato. Ma per gli italiani alle prese con conti domestici sempre più traballanti e con notizie dal fronte economico tutt'altro che rassicuranti, il fatto che nel 2015 la spesa farmaceutica a carico dei cittadini sia aumentata del 2,3% e non in misura maggiore difficilmente sarà motivo di grande consolazione.

Anzi. In un contesto nel quale i malati sono costretti a fare i conti con l'allungamento delle liste di attesa per esami e visite specialistiche e con l'aumento dei ticket sulle prestazioni sanitarie, che stanno rendendo l'offerta della sanità privata sempre più competitiva rispetto a quella del pubblico, il fatto di dover mettere in conto un ulteriore aumento dell'esborso per l'acquisto dei medicinali rischia di alimentare il preoccupante fenomeno della rinuncia alle cure. Inoltre, anche se ancora provvisorio perché aggiornato ai primi nove mesi del 2015, l'incremento della spesa registrato dall'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed) porta al 13,9% l'incidenza della compartecipazione a carico del cittadino (ticket e quota eccedente il prezzo di riferimento sui medicinali a brevetto scaduto) sulla spesa convenzionata lorda, contro il 13,3% dell'anno precedente.

Numeri che testimoniano di «un fenomeno a cui assistiamo ormai da diversi anni», commenta Tonino Aceti, coordina-

tore nazionale del Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva, «cioè quello della contrazione delle risorse destinate all'assistenza farmaceutica pubblica e dell'aumento della compartecipazione al costo da parte del cittadino. Se qualche anno fa la percentuale di risorse destinate alla spesa farmaceutica sul Fondo sanitario nazionale era del 16,4%, adesso è scesa a 14,85%».

Nel frattempo, stando ai dati dell'Aifa (l'Agenzia italiana del farmaco), la quota a carico dei cittadini tra ticket e altre forme di compartecipazione ha raggiunto quota 1,5 miliardi di euro nel 2014. E per il 2015 sembra destinata a crescere ulteriormente.

CARO-TICKET

Stando al quadro tracciato dall'Osservatorio civico sul federalismo in sanità, presentato da Cittadinanzattiva, nel 2014 a livello nazionale i ticket per i farmaci sono aumentati in media del 4,5%, con punte del 16,2% in Basilicata e del 12,9% nella Provincia autonoma di Trento. Nello stesso periodo «è aumentata anche la spesa degli italiani per la differenza di prezzo tra il "brand" e il farmaco equivalente», sottolinea Aceti. La crescente diffusione dei farmaci generici non è quindi bastata per contenere la spesa a carico dei cittadini, «ai quali lo Stato sta chiedendo anno dopo anno di farsi carico di una maggiore fetta di costo», spiega il coordinatore del Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva. «Questo lo si vede non solo nell'acquisto di farmaci di fascia C (completamente a carico del cittadino, ndr), ma

anche da un evento sentinella: lo spostamento di alcuni farmaci dalla fascia A (gratuiti, fatta eccezione per il ticket, ndr) alla fascia C».

Peccato che quest'operazione non sia sempre indolore per i cittadini. «Per una parte dei malati cronici il nuovo farmaco si può rivelare meno efficace o con più effetti collaterali di quello vecchio, e questo spostamento può significare dover si pagare il vecchio farmaco che non è più garantito gratuitamente» spiega Aceti.

OCCHIO ALLE REGIONI

In altri casi, invece, sono le Regioni ad aumentare i ticket o a rendere più stringenti i paletti che danno diritto all'esenzione. Il risultato è che «in un Paese che si sta impoverendo e nel quale la crisi morde da anni i cittadini sentono sempre di più il peso della quota a carico loro», ammette Loredano Giorni, responsabile del servizio di Assistenza farmaceutica della Regione Piemonte.

A questo si sommano gli effetti di misure come la prescrizione elettronica, destinate a stringere ulteriormente i cordoni. «Con questo sistema sicuramente qualche paziente che prima non pagava il ticket ora è costretto a pagarlo», prosegue Giorni, «e anche se si tratta di un recupero di efficienza, è chiaro che anche questo ha un costo che pesa sul cittadino».

NORD E SUD

«C'è sicuramente stato un aumento della compartecipazione dei cittadini», conferma Stefano Cecconi, responsabile Politiche della salute della Cgil. «Questo evidenzia come alla ri-



duzione della farmaceutica territoriale sia corrisposto un maggiore carico sui pazienti».

Che poi in non tutte le Regioni la situazione sia la medesima, nessuno lo mette in dubbio. Basti pensare che se in Puglia (31,6), Campania (32,1) e Sicilia (31,4) il costo pro capite per ogni cittadino del ticket sui farmaci supera i 30 euro, in Lombardia si ferma a 26,8 euro, in Toscana a 17,4 euro e in Emilia Romagna a 16,6.

Inoltre, «in Lombardia, Emilia Romagna e Toscana sono esenti dal ticket tutti i disoccupati, i lavoratori in cassa integrazione e quelli in mobilità, mentre nella Provincia autonoma di Trento sono ad esempio esenti da i figli a carico a partire dal terzo», spiega Aceti.

«Ad ogni modo sul fronte dei ticket farmaceutici siamo in una vera e propria giungla di normative adottate dalle singole Regioni, il cui effetto è quello di creare differenze anche notevoli tra i cittadini».

Nessuna sorpresa, quindi, che, come rilevato da Cittadinanzattiva nel 2015, il 7,2% degli italiani abbia rinunciato a curarsi per motivi economici, liste di attesa e ticket.

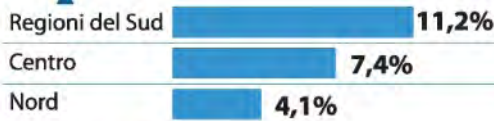
Una percentuale che arriva a superare l'11% (siamo all'11,2%) nelle regioni del Sud del Paese, ma che anche al Centro (7,4%) e al Nord il (4,1%) è tutt'altro che rassicurante.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI SUI FARMACI



Il **7,2%** degli italiani ha rinunciato a curarsi nel 2015 per motivi economici, liste di attesa e ticket



Fonte: Cittadinanzattiva



IL PUBBLICO

Le risorse destinate alla spesa farmaceutica pesavano per il **16,4%** sul fondo sanitario nazionale, oggi sono al **14,85%**

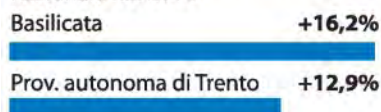


IL CITTADINO

La quota a carico dei cittadini tra ticket e altre forme di compartecipazione ha raggiunto **1,5 miliardi di euro** nel 2014

I TICKET

+4,5% l'aumento dei ticket a livello nazionale nel 2014



Costo pro capite per ogni cittadino (euro)



In Lombardia, Emilia Romagna e Toscana sono esenti dal ticket tutti i disoccupati, i lavoratori in cassa integrazione e quelli in mobilità, mentre nella Provincia autonoma di Trento sono esenti dal ticket i figli a carico a partire dal terzo

P&G/L

Assicurazioni, fino a 3mila euro per tutelarsi. Dalla responsabilità civile alle polizze personali ecco il quadro



Da mille euro a non molto più di 2 mila (ove scegliessero la tutela sanitaria integrativa): tanto pagano i medici di medicina generale per assicurarsi. Parliamo di tutto, dalla responsabilità civile, a quella verso i dipendenti, tutela legale e polizze personali per sé e la famiglia, nonché l'assenza per malattia che è coperta dall'Enpam (e per i primi 30 giorni da un'assicurazione) insieme alle conseguenze di lungo periodo, con garanzie indennitarie per gli eventi dovuti agli infortuni o a malattie che possono generare invalidità.

Rc - Per i medici di assistenza primaria e continuità assistenziale i premi per la garanzia di responsabilità civile professionale proposti dalle Compagnie assicurative sul mercato oggi si aggirano in media dai 500 euro all'anno, in su. Nell'ambito della convenzione Scudo Medico studiata da Fimmg con Unipol Sai ad esempio si applicano cifre intorno ai 500 euro a fronte di massimali tra i 3 e i 5 milioni. Con una piccola maggiorazione percentuale, è possibile estendere la copertura alle attività in libera professione. Inoltre nel premio sono ricomprese le spese per la tutela giudiziaria (avvocato e periti nei contenziosi), l'estensione delle coperture Rc al sostituto, la tutela dei dipendenti per eventuali infortuni e persino l'attività in qualità di Tutor. Peraltro, gli infortuni dei dipendenti di studio, accaduti nella sede nella quale il medico svolge la propria attività, e oggi coperti per lo più dalle polizze Rc dei singoli medici (o dei componenti di una medicina di gruppo dai quali questi collaboratori dipendono), in alcune cooperative e Srl di medicina generale sono già affrontati da polizze più strutturate. Che con l'avvento delle Uccp si diffonderanno e potrebbero diluire tra più medici l'impatto del premio assicurativo.

Assenze - Altro pagamento dal quale non si può sfuggire è nascosto nello stipendio lordo del medico: si tratta della polizza per inabilità temporanea, cioè l'assenza del medico di famiglia. Su questa polizza, che fa fronte all'onere previsto per le sostituzioni, le Asl trattenevano lo 0,36% ma dal 2009 la quota è raddoppiata, passando allo 0,72%. Per i primi 30 giorni della malattia del medico, dal 1991 la polizza è versata dall'Enpam alle Assicurazioni Generali, poi per 24 mesi subentra l'indennità giornaliera versata

direttamente da Enpam all'iscritto. Per la cronaca, a luglio 2015 la Fondazione aveva deliberato di disdettare dopo oltre 20 anni l'accordo con le Generali da gennaio 2016, ma i ministeri competenti, in ritardo (a fine gennaio) hanno per ora rigettato la richiesta. In realtà la trattenuta non è su tutte le voci e per un medico da 120 mila euro lordi l'anno la spesa non è lontana dai 300 euro.

Salute - Accanto alla polizza indennità malattia, medici ed odontoiatri tutelano sé e i familiari con una polizza sanitaria integrativa (www.salutemia.net) costituita lo scorso ottobre dal Fondo Sanitario Integrativo dei Medici e degli Odontoiatri, sviluppato da Enpam per rispondere efficacemente alle esigenze di assistenza sanitaria integrativa per gli iscritti e i propri familiari. Qui ogni iscritto - ma se vuole anche il dipendente Omceo, del sindacato, di Fnom, Enpam, Onaosi - versa in funzione dell'età in base a tre classi di contribuzione (sotto i 39 anni, tra 40 e 59, oltre 60 anni) e del pacchetto scelto: base o con possibile integrazioni riferite a copertura dei ricoveri delle visite specialistiche della odontoiatria e dei rischi connessi all'auto sufficienza-Long Term Care. Si può oscillare da 530 euro per un premio base per un over 50 a 819 per un over 60, a 337 per un "giovane" cui va aggiunto un aumento intorno al 50-75% per i pacchetti con prestazioni integrative. Sono altri 1000 euro che raddoppiano per il familiare a seconda del piano scelto e dell'età del medesimo. Inoltre per effetto dell'adesione alla Società di Mutuo Soccorso l'aderente potrà detrarre il costo del contributo pari al 19% e fino ad un massimo di euro 1.291,14 così come previsto nel precipitato del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR) all'articolo 15, comma 1, lettera i-bis.

<http://www.sanita24.ilsola24ore.com/>

Il ruolo centrale dei fisici medici nell'era dell'appropriatezza

di *Luisa Begnozzi (presidente Associazione Italiana di Fisica Medica)*



Il tempo dell'appropriatezza continua un difficile periodo con la “spending review” e il blocco del “turn over” che ha messo a dura prova la professione del fisico medico. Prova ne è la forte disomogeneità nella presenza dei fisici medici nelle regioni italiane: dalle stime dell'Associazione Italiana di Fisica Medica (Aifm), vi sono 20 fisici medici per milione di abitanti in Friuli Venezia Giulia contro 2 in Campania. Nella consapevolezza delle difficoltà legate alla crisi economica del Paese i dirigenti fisici del ruolo sanitario perseguono il delicato obiettivo della propria professione, per la sicurezza e protezione del paziente e per la garanzia della qualità delle prestazioni erogate facendo uso di radiazioni ionizzanti o agenti fisici di rischio, in diagnosi e terapia, e tra queste alcune, di radiodiagnostica e di medicina nucleare, cui sono associate indicazioni di appropriatezza prescrittiva.

Gli interventi della politica regionale e nazionale in sanità, sono stati di tipo emergenziale e non sistemico, rivolti alla riduzione della spesa, con misure inserite in leggi di economia e finanza che incidono profondamente sulla vita delle professioni. Inoltre si sono chiuse più legislature senza che la politica sia riuscita a varare un riordino delle professioni.

I servizi di fisica sanitaria operano da oltre cinquanta anni. Grazie alle competenze, abilità e metodo scientifico acquisiti nel percorso formativo accademico di base, i fisici garantiscono l'integrazione tra principi fisici, sviluppo e innovazione tecnologica

e ottimizzazione. Le competenze specifiche acquisite nel percorso formativo post laurea assicurano una metodologia di lavoro basata sul rispetto delle diverse professionalità, che consente un elevato livello di efficacia ed efficienza nell'erogazione delle prestazioni e nell'impiego sicuro delle tecnologie. Il contributo del servizio di fisica all'interno di una azienda sanitaria che sia il più globale e completo anche a livello della "governance" è sicuramente portatore anche di risparmio.

La figura del fisico specialista in fisica medica è ritenuta importante e necessaria per la salute a livello europeo e internazionale, si vedano recenti raccomandazioni dell'Efomp (European Federation of Organisations in Medical Physics) e dell'Iaea (International Atomic Energy Agency). Essa ha consolidato ben definite e codificate responsabilità e attribuzioni nel campo dell'uso medico delle radiazioni ionizzanti grazie alla Direttiva Euratom 59 del 2013, che deve essere recepita entro i primi del 2018 dagli stati membri della comunità, Italia compresa.

Il decreto di riordino delle Scuole di Specializzazione n. 68 del 4 febbraio 2015 prevede la nostra scuola tra quelle di area sanitaria, per il conseguimento del titolo di specialista in fisica medica (fisico medico), tuttavia ancora le scuole sono bloccate da parte del Miur. I nostri specializzandi hanno diritto a un contratto di formazione o a una borsa di studio così come gli specializzandi medici. Il tirocinio pratico in ospedale è impegnativo e per un'adeguata preparazione non è consentito avere altra occupazione di sostentamento. Di recente la Commissione Sanità del Senato ha approvato un ordine del giorno, presentato dal senatore **Luigi D'Ambrosio Lettieri**, per chiedere al Governo di riconoscere il diritto alle borse di studio, oltre che ai medici, anche agli altri laureati che frequentano le scuole di specializzazione di area sanitaria.

Il recente decreto 70 dell'aprile 2015, che definisce gli standard ospedalieri per la realizzazione del patto della salute, prevede le strutture di fisica sanitaria insieme alle altre strutture sanitarie necessarie all'assistenza e per le quali sono definiti i bacini di utenza minimi e massimi.

Con l'avanzamento delle tecnologie nuovi scenari si aprono alle competenze del fisico medico: la personalizzazione delle cure, le più avanzate modalità di "imaging", la registrazione del dato dosimetrico al paziente e il FSE, la valutazione della tecnologia e l'Hta, il risk management e l'approccio proattivo alla stima del rischio, la gestione e lo sfruttamento dei Big Data, di questi temi e non solo si parlerà nei prossimi giorni durante il 9° Congresso Nazionale Aifm a Perugia.

Il fisico medico è importante per la salute in ambito internazionale, è ben definito nelle attribuzioni e responsabilità dalla normativa europea, i servizi di fisica sanitaria sono dettati dalla recente normativa nazionale, la scuola di specializzazione in fisica medica è stata riordinata, non è pertanto più accettabile e comprensibile lo stallo che non consente la pubblicazione dei bandi delle scuole di specializzazione per i laureati non medici, tra cui i fisici, ed è tempo di sanare l'ingiustizia sociale, per anni denunciata, erogando le borse per gli specializzandi che sono il futuro della nostra professione da svolgere con dignità e orgoglio.

Dir. Resp.: Luigi Vicinanza

Gravidanze

La fertilità è questione di vermi

BOLIVIA Le infezioni da vermi possono modificare la fertilità delle donne. Ce ne sono alcuni, come l'*Ascaris lumbricoides*, che aumentano le probabilità di rimanere incinta, mentre altri, come l'*Anchilostoma uncinato*, le diminuiscono. Lo hanno scoperto dei ricercatori dell'Università della California studiando per 9 anni donne che vivono in una regione amazzonica della Bolivia. «L'evoluzione di una gravidanza dipende dalla capacità di modulare il sistema immunitario in modo da non rigettare l'embrione», spiega Antonio Colicchia, segretario dell'Associazione Italiana Protezione della Fertilità. I ricercatori hanno scoperto che le donne ripetutamente infettate con l'*Anchilostoma uncinato* hanno un numero di bambini fino a tre volte inferiore alla media mentre quelle infettate con gli ascaridi hanno fino al doppio della prole rispetto alla media. «Il fatto che l'incremento di alcune cellule del sistema immunitario aumenti le gravidanze potrebbe essere utilizzato per risolvere alcuni problemi di infertilità», dice Colicchia. **Letizia Gabaglio**

L'allarme

Virus Zika, studio dell'Iss conferma: si trasmette anche per via sessuale

Il caso in Italia: sintomi sulla partner di un uomo tornato dalla Thailandia

Il virus Zika si può trasmettere anche per via sessuale. Lo conferma uno studio condotto dai ricercatori del Dipartimento Malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità, pubblicato ieri su Eurosurveillance, non legato all'epidemia che si sta sviluppando in questa fase in America Latina ma a un caso, il terzo identificato finora nel mondo, ricostruito e confermato retrospettivamente. Nell'estate-autunno del 2014, spiega Gianni Rezza, direttore del Dipartimento malattie infettive dell'Iss, «l'unità arbovirus dell'Istituto esaminò per una sospetta Dengue i campioni di siero appartenenti a un uomo che aveva viaggiato in una zona all'epoca affetta da Dengue, la Thailandia, e della sua partner, che invece non aveva effettuato viaggi, ma che si era ammalata a distanza di circa 20 giorni con sintomi simil-Dengue. Complessivamente, dall'analisi di tutti i risultati di laboratorio non fu possibile confermare l'infezione da virus Dengue per nessuno dei due casi. Rimase comunque il sospetto di una infezione importata da Flavivirus, con una

successiva trasmissione autoctona, presumibilmente per via sessuale».

I campioni prelevati in fase acuta furono anche analizzati con un test molecolare per la presenza del virus Zika, con esito negativo. Quest'anno, chiarisce l'esperto, «rendendosi disponibile un test di neutralizzazione per il virus Zika, sono stati nuovamente testati i campioni disponibili all'Iss per verificare se si trattasse di un'infezione da virus Dengue o da virus Zika e i risultati hanno confermato la diagnosi di Zika sia nel viaggiatore che nella sua partner». Si tratta perciò di «un caso autoctono a probabile trasmissione sessuale - rileva Rezza -. Ulteriori studi sono in corso negli Stati Uniti e in Inghilterra, dove in un paziente affetto da Zika sono state evidenziate tracce di RNA virale nello sperma anche a distanza di due mesi dalla malattia acuta». È quindi «probabile - conclude - che l'infezione rimanga, relativamente a lungo, nello sperma». Mentre la comunità scientifica indaga sulla trasmissione sessuale del virus, va però precisato, sottolinea Rezza, che «il rischio di diffusione locale dell'infezione in Italia, almeno al di fuori del periodo estivo, resta estremamente basso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

