



## **RASSEGNA STAMPA**

**01/03/2016**

1. QUOTIDIANO SANITÀ Ricetta elettronica nazionale. Dal 1 marzo sistema a pieno regime
2. AVVENIRE Malattie rare, ma i malati sono un milione
3. ILSOLE24ORE.COM Melazzini (Aifa): «Il malato raro è una risorsa e non un costo»
4. SOLE 24 ORE SANITA' Danno da vaccino: ok a indennizzo e una tantum
5. SOLE 24 ORE SANITA' Ddl Omnibus, scatta l'ora delle professioni sanitarie
6. REPUBBLICA Chi dorme non piglia peso
7. SOLE 24 ORE SANITA' Un'agenzia italiana la nuova governance
8. GIORNALE Nelle urgenze e nella lotta ai tumori è vitale la radiologia interventistica
9. REPUBBLICA Sorpresa, quel malato è un uomo
10. SOLE 24 ORE SANITA' Smog, bimbi e (più) impegno del Governo
11. GIORNALE Oms La resistenza agli antibiotici va combattuta con rigore
12. GIORNALE Nuovi farmaci Antidolorifici: studi sul veleno della tarantola
13. SOLE 24 ORE SANITA' Smart health, doppia sfida tra cronicità e risparmi
14. DOCTOR 33 Virus Zika: studio'Iss conferma la possibile trasmissione sessuale

# quotidianosanita.it

Lunedì 29 FEBBRAIO 2016

## Ricetta elettronica nazionale. Dal 1 marzo sistema a pieno regime in ogni farmacia del Paese

***La vecchia ricetta cartacea rossa va in pensione. Per prescrivere un farmaco, un accertamento o una visita, il medico si collegherà a un sistema informatico, lo stesso visibile al farmacista che ci consegnerà i medicinali. Il calcolo del ticket e dell'esenzione sarà automatico. E, soprattutto, il sistema consentirà la validità di una ricetta in ogni farmacia italiana. Una vera rivoluzione per chi viaggia o per chi lavora lontano da casa.***

Dopo alcuni problemi tecnici relativi al calcolo dei ticket ed esenzioni (che sono diversi in ogni Regione) è pronta a partire dal 1 marzo la ricetta elettronica nazionale prevista dal [decreto ministeriale](#) pubblicato in Gazzetta Ufficiale lo scorso dicembre (la norma, in realtà è entrata in vigore il 1 gennaio 2016 ndr.). Una vera e propria rivoluzione, soprattutto per chi viaggia spesso o lavora lontano da casa, poiché fino ad oggi una ricetta di un medico Sardo, ad esempio, non valeva oltre il Tirreno, e chi si trovava fuori casa era obbligato a pagare il medicinale per intero. Solo alcune regioni avevano previsto un sistema di rimborsi, per cui però erano necessari permessi speciali e lunghi tempi di attesa.

**Ma cosa cambia per il cittadino?** In sostanza la vecchia ricetta cartacea rossa va in pensione: per prescrivere un farmaco, un accertamento o una visita, il medico si collegherà a un sistema informatico, lo stesso visibile al farmacista che ci consegnerà i medicinali.

Nello specifico come ha ricordato la Fimmg negli scorsi giorni i dottori, per effettuare una prescrizione, si conletteranno dal proprio pc a un apposito portale: compilando la ricetta sullo schermo, identica a quella cartacea. A questo punto un Nre (numero ricetta elettronica) sarà associato al nostro codice fiscale, aggiungendo in automatico anche eventuali esenzioni.

**Il promemoria cartaceo.** Il sistema stamperà un promemoria, con il quale potremo andare in farmacia: con i dati presenti, attraverso i codici a barre stampati sul piccolo foglio A5, il farmacista recupererà la prescrizione direttamente on-line e ci consegnerà il farmaco di cui abbiamo bisogno. Ci vorrà ancora tempo perché sparisca anche la vecchia "fustella" da attaccare nei riquadri rossi, poiché anche se i codici della confezione sono inseriti direttamente sul computer ancora non è stato possibile determinare un meccanismo che annulli il valore della fustella rispetto alla necessità di identificare e distinguere i farmaci erogati a carico del SSN da quelli che anche se erogabili vengono invece pagati direttamente dal cittadino. Il procedimento nei prossimi mesi si diffonderà anche per la prescrizioni di esami e visite specialistiche, visto che la ricetta elettronica sarà accettata anche da cliniche, ambulatori e ospedali.

**Fase transitoria fino al 31 dicembre 2017.** In questa prima fase di avvio, fino a fine 2017, sono, però, ancora esclusi dal nuovo metodo solo alcuni farmaci come gli stupefacenti, l'ossigeno, le prescrizioni per erogazione diretta in continuità assistenziale, i farmaci con piano terapeutico Aifa.

**La ricetta vale in tutto il territorio nazionale.** La ricetta elettronica vale in tutte le farmacie del territorio nazionale, sia pubbliche che convenzionate. Questo significa che i farmaci potranno essere ritirati anche fuori dalla regione di residenza. E grazie al sistema tessera sanitaria le farmacie potranno applicare il ticket della regione di residenza dell'assistito: starà poi alle stesse regioni scambiarsi le informazioni sui medicinali prescritti e, quindi, procedere ai relativi rimborsi compensativi.

Sul punto molto interessante è anche il vademecum pubblicato da Federfarma che specifica le procedure.

**Ticket, casistica in farmacia.** Come noto da tempo, provvederà il Sistema Ts (Tessera sanitaria) di Sogei a calcolare l'eventuale ticket che la farmacia deve riscuotere sulla ricetta dematerializzata "extraregione". In ogni caso, le eventualità possibili sono tre soltanto:

- ricetta prescritta nella Regione 1, intestata a un assistito della Regione 1 e spedita da una farmacia della Regione 2: il ticket viene calcolato dal Sac in base alle disposizioni vigenti nella Regione 1;
- ricetta prescritta nella Regione 2 ma intestata a un assistito della Regione 1 e spedita da una farmacia della Regione 2: il ticket viene calcolato dal Sac in base alle disposizioni vigenti nella Regione 1;
- ricetta prescritta nella Regione 2 ma intestata a un assistito della Regione 1 e spedita da una farmacia della Regione 1: il ticket viene calcolato dalla farmacia (non dal Sac) in base alle disposizioni vigenti nella Regione 1.

Come si può quindi dedurre, non è il solo codice Regione del Nre a identificare le ricette "dem" che vengono da fuori, in quanto l'extraterritorialità è decisa dalla Regione d'iscrizione dell'assistito. Solo il Sac è in possesso di tale informazione, quindi la farmacia non cerchi di "anticipare" le istruzioni del Sistema sulla base del solo promemoria.

**Erogazione in "differita".** Come già ripetuto più volte, in caso di assenza di collegamento e – quindi – chiusura differita del promemoria, la farmacia applica il ticket in vigore nella sua Regione.

**Ticket ed erogazione singola.** Nel caso in cui vengano dispensati a distanza di tempo più farmaci prescritti dalla stessa ricetta (la cosiddetta erogazione singola), il Sac calcola ogni volta il ticket sul totale dei pezzi esitati fino a quel momento; tocca quindi al gestionale della farmacia calcolare l'importo effettivamente dovuto dall'assistito. Esempio: ricetta con tre farmaci, A, B e C; la quota fissa a ricetta ammonta a 2 euro, la quota a confezione 50 centesimi (fino a un massimo di un euro) e la quota differenziale 10 centesimi a farmaco.

- Erogazione 1. Il Sac dà un ticket di 2,60 euro, cioè 2 (ricetta) + 0,50 (farmaco A) + 0,10 (differenziale farmaco A).
- Erogazione 2. Il Sac dà un ticket di 3,20 euro, cioè 2 (ricetta) + 0,50 (farmaco A) + 0,50 (farmaco B) + 0,10 (differenziale farmaco A) + 0,10 (differenziale farmaco B).
- Erogazione 3. Il Sac dà un ticket di 3,80 euro, cioè 2 (ricetta) + 0,50 (farmaco A) + 0,50 (farmaco B) + 0,50 (farmaco C) + 0,10 (differenziale farmaco A) + 0,10 (differenziale farmaco B) + 0,10 (differenziale farmaco C).

**Erogazione frazionata.** Federfarma ha inviato un quesito al ministero della Salute per sapere come calcolare ticket e prezzo in caso di erogazione frazionata. La Federazione terrà aggiornate farmacie e software house sulle risposte che arriveranno.

ANCORA POCHI INVESTIMENTI IN RICERCA E CURA

## Malattie rare ma i malati sono un milione

FRANCESCA LOZITO

Aumentare il numero di malattie rare nei Livelli essenziali di assistenza in via di approvazione, perché oggi sono troppo poche le patologie di questo tipo per cui vengono garantiti standard di cura comuni in tutte le Regioni. È l'appello che viene dal mondo che ha celebrato la Giornata mondiale delle malattie rare.

A PAGINA 15

# Malattie rare, l'esercito di 1 milione di malati

## La denuncia: mancano cure e assistenza

**Spese extra, il malato costa circa 1.400 euro al mese alla famiglia**

FRANCESCA LOZITO

**A**umentare il numero di malattie rare nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) che stanno per essere approvati, perché oggi sono troppo poche le patologie di questo genere per cui vengono garantiti standard di cura comuni in tutte le regioni. È un appello accorato quello che viene dal mondo che ieri ha celebrato la Giornata mondiale delle malattie rare "La voce del paziente". Perché sono solo 600 quelle inserite, mentre riconosciute sono 6.000. Un esercito di malati che si stima essere tra i 600 mila e il milione e 200 mila, profondamente cambiato dall'ultima approvazione dei Lea nel 2001. Il Centro di coordinamento delle malattie rare della Lombardia è stato uno dei primi a muoversi per mettere in rete i dati. Ha sede presso l'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Ranica (Bergamo) e possiede anche un servizio di informazione per i pazienti attivo otto ore al giorno tutta la settimana che dispensa informazioni, indirizzi e indicazioni ai malati e familiari.

«Raccogliere i dati è fondamentale – spiega la coordinatrice Erica Daina – perché ci dicono quali sono i presidi della rete che vedono il maggior numero dei casi, le caratteristiche dei malati, il ritardo della diagnosi, l'età di esordio, il decesso. Tutto questo ci consente di programmare l'assistenza e di lavorare sulla vera scommessa, l'approccio multidisciplinare. Il sistema sanitario nazionale italiano garantisce molto, rispetto all'estero. Ma rimangono fuori i cosiddetti costi indiretti sociali». Proprio su questi, durante il convegno di studio che si è svolto a Milano e che ha riunito i principali centri di ricerca e le associazioni dei malati del nord Italia sono stati presentati i dati di una ricerca condotta sulla Lombardia da Romano Astolfo, ricercatore Eupolis: «I ricoveri dei malati rari sono superiori di cinque volte rispetto a quelli degli altri malati. Gli accessi al Pronto soccorso il doppio. Questo vuol dire un assorbimento di tempo di una persona accanto al malato: una famiglia su 10 ricorre a una figura a contratto con una spesa medica di 400 euro al mese che ricade sulla famiglia. Cifra, a cui si somma la spesa medica extra che è di 1.000 euro al mese: «Fuori dai livelli essenziali di assistenza – spiega ancora l'esperto – rimangono integratori alimentari, protesi, ausili e (qui pesa il mancato aggiornamento del nomenclatore tariffario) la psicoterapia. Meno la persona con malattia rara è autonoma maggiore è il costo». La

conclusione dunque è che una famiglia in questa situazione finisce per avere difficoltà economiche: «Nel 57 per cento dei casi fa fatica ad arrivare alla fine del mese, nel 77 per cento ha problemi di autonomia». Ci sono poi le ricadute sociali: «La presenza di un malato raro incide sui progetti di vita e sulle prospettive dei familiari di riferimento. Se sono eccellenti i presidi – conclude Astolfo – va migliorata l'assistenza territoriale». I malati chiedono però anche che qualcuno "li studi" per trovare una cura. Mariella Torrisi è mamma di Alice, che ha 33 anni ed è malata di talassemia. Racconta con passione i grandi passi avanti che sono stati fatti in questa malattia: i talassemici sono usciti dalle pediatrie e oggi arrivano a vivere anche fino a 50 anni. Per questo, ad esempio,



al San Gerardo di Monza per loro è stata predisposta una unità di cura nel secondo reparto di Medicina: «La talassemia – spiega – è una malattia rara, ma non troppo. Si contano circa 1.000 malati per regione con picchi in regioni come la Sicilia e Sardegna». Spiega che Alice fin da piccola è stata consapevole e coraggiosa nell'affrontare il travaglio di una cura, che, però oggi, programmando bene le terapie, le consente di avere una buona qualità della vita, di poter andare anche in vacanza. Dopo la cura attraverso il trapianto di midollo portata avanti a Pesaro dall'ematologo Guido Lucarelli, oggi la sfida è la terapia genica al San Raffaele: il prelievo del midollo del paziente stesso "manipolato e corretto". Finora sono tre i ragazzi ad essersi sottoposti a questo trattamento, arriveranno ad essere in tutto 10.

In Lombardia, infine, un progetto pilota di una applicazione per smartphone per ottenere le informazioni sulle malattie rare: si chiama *Explorare app*. L'ha progettata Alessandro Pini che dirige il Centro per le malattie rare dell'Ospedale Sacco. «Un Centro che si occupa di malattie rare deve evolvere dalla funzione esclusivamente assistenziale per andare verso una dimensione di centro di promozione della salute del malato» spiega.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

## Melazzini (Aifa): «Il malato raro è una risorsa e non un costo»



«Il malato è una risorsa per il sistema sanitario e non un costo. Mi riferisco a un malato “esperto”, che porta con sé un patrimonio di conoscenze e di esperienza della malattia e lo mette a disposizione delle Istituzioni, delle Autorità regolatorie, della ricerca clinica». Ad affermarlo il Presidente dell’Aifa, Mario Melazzini, che ha partecipato oggi alla “Giornata delle Malattie Rare” che si è svolta all’Istituto superiore di Sanità.

«Sono lieto di prendere parte a questo incontro, non solo come presidente di Aifa, ma anche come paziente e familiare di pazienti – ha sottolineato Melazzini –. L’Aifa è attenta alla voce dei malati ed è impegnata a promuoverne l’empowerment, per coinvolgerli, nel rispetto dei ruoli e delle competenze, all’interno del percorso decisionale che riguarda l’approvazione di nuovi farmaci orfani, ma anche nelle sperimentazioni cliniche. Nei prossimi anni, infatti, con l’entrata in vigore del nuovo Regolamento Europeo, i trial clinici richiederanno una presenza sempre più qualificata e attiva da parte dei malati. Pazienti e associazioni saranno più coinvolti e protagonisti di un percorso di piena integrazione e non di mero assistenzialismo».

«L’Italia è un Paese che mostra grande attenzione e sensibilità nei riguardi dei malati affetti da patologie rare – ha aggiunto il Presidente dell’Aifa – come dimostrano i tempi accelerati per la negoziazione e i percorsi agevolati che consentono di accedere ai farmaci orfani, in particolari condizioni, anche prima dell’autorizzazione all’immissione in commercio (AIC) (fondo Aifa, uso compassionevole, ex Legge Di Bella), e ancora le tutele economiche per i titolari di Aic di medicinali orfani.

«Un obiettivo prioritario del mio mandato in Aifa – ha concluso Melazzini – è il rilancio della ricerca indipendente, con un’attenzione fondamentale ai farmaci per le patologie rare».

## Danno da vaccino: ok a indennizzo e una tantum

La patologia contratta dal bambino a seguito di vaccinazione obbligatoria costringe il **ministero della Salute** al risarcimento. La Corte di cassazione con l'**ordinanza n. 3545/2016**, oltre a chiarire il principio generale ha voluto fornire una serie di chiarimenti utili anche da un punto di vista pratico.

**Chi si accolla la responsabilità.** È stato precisato che il soggetto responsabile a erogare la somma a titolo di risarcimento è il dicastero e non la Regione. Questo perché sulla base dell'articolo 123 del Dlgs 112/1998 è previsto che siano conservate dallo Stato le funzioni in materia di ricorsi per la corresponsione degli indennizzi a favore di soggetti danneggiati da complicità di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati. E il contenuto della norma vale anche a seguito del trasferimento alle Regioni di compiti e funzioni in tema di indennizzo (a opera dei Dpcm 8 gennaio 2002 e 24 luglio 2003) e di attribuzione a queste della competenza residuale in materia di assistenza pubblica. Quindi «così come il **ministro della Salute** decide in sede amministrativa pronunciandosi sul ricorso di chi chiede la prestazione assistenziale in esame, analogamente è nei suoi confronti che va proposta l'azione giudiziaria con cui il danneggiato rivendica l'indennizzo».

**Quantificazione della somma.** I Supremi giudici - dopo aver chiarito chi fosse il soggetto responsabile - hanno affrontato l'aspetto più spinoso del risarcimento, dalla quantificazione alle modalità di corresponsione. A tal proposito la

Cassazione ha richiamato l'articolo 1 della legge 210/1992 secondo cui «Chiunque abbia riportato, a causa di vaccinazioni obbligatorie per legge o per ordinanza di un'autorità sanitaria italiana, lesioni o infermità, dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica ha diritto a un indennizzo da parte dello Stato, alle condizioni e nei modi stabiliti dalla presente legge».

L'indennizzo previsto dalla norma consiste in un assegno, reversibile per quindici anni (determinato nella misura di cui alla tabella B allegata alla legge 29 aprile 1976 n. 177, così come modificata dall'articolo 8 della legge 111/1984). Si tratta di un emolumento cumulabile con ogni altra somma corrisposta a qualsiasi titolo. È stato, inoltre chiarito che al soggetto cui l'indennizzo sia stato già concesso è corrisposto, a domanda, per il periodo ricompreso tra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo un assegno una tantum nella misura pari, per ciascun anno, al 30 per cento dell'indennizzo complessivo dovuto con esclusione di interessi legali e rivalutazione monetaria.

Nel caso concreto pertanto è stata seccamente bocciata la tesi della Corte territoriale che non solo non aveva riconosciuto l'indennizzo espressamente previsto dalla legge 210/1992 ma aveva negato anche l'indennizzo una tantum del 30 per cento dovuto per il periodo ricompreso tra l'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo stesso.

**Giampaolo Piagnerelli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Ddl Omnibus, scatta l'ora delle professioni sanitarie

**I**l riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie previsto dall'articolo 3 del Ddl Lorenzin è al check della Igiene e Sanità del Senato, con una pausa di riflessione su una parte degli emendamenti proposti. Sull'articolo 4 (biologi e psicologi), via libera alle articolazioni territoriali dell'Ordine dei biologi.

Tra le novità approvate, l'istituzione dell'albo degli Ingegneri biomedici e clinici presso l'Ordine degli ingegneri. L'esame del disegno di legge (relatrice **Emilia De Biasi**, Pd) relativo alle «Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal ministero della Salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale» proseguirà in sede referente. Resta in sospeso l'emendamento della relatrice (3.0.1) sull'Istituzione e definizione della professione dell'osteopata. La presidente De Biasi ha infatti ritenuto opportuno «accantonare i restanti emendamenti all'articolo 3, in ordine ai quali appaiono necessari alcuni ulteriori approfondimenti». Su questo profilo, alla Camera dei Deputati, c'è anche un disegno di legge firmato Paola Binetti (Ap).

Tra gli emendamenti approvati, una serie di modifiche: il 3.10 (testo 2) prevede che gli ordini e le relative federazioni nazionali «Rendono il proprio parere obbligatorio sulla disciplina dell'esame di abilitazione all'esercizio professionale». Il 3.14 prevede la commissione di albo solo per gli Ordini comprendenti più professioni. Per gli Ordini che comprendono un'unica professione le funzioni e i compiti della Commissione di albo spettano al Consiglio direttivo. Il 3.57 stabilisce che oltre al bilancio preventivo e al conto consuntivo, anche le variazioni e integrazioni del Codice deontologico e dello Statuto devono essere approvate dal Consiglio nazionale.

Sull'articolo 4 (Ordinamento delle professioni di biologo e di psicologo), è stato approvato l'emendamento 4.6 che prevede da parte del ministero della salute l'adozione degli atti necessari all'articolazione territoriale dell'Ordine dei biologi e nomina i commissari straordinari per l'indizione delle elezioni. Il Consiglio dell'Ordine Nazionale dei Biologi, in essere alla data di entrata in vigore della legge, resta in carica fino alla fine del proprio mandato; il rinnovo avverrà con le modalità previste dalla legge in vigore al momento delle elezioni e dai relativi provvedimenti attuativi.

**Ro.M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Lotta all'obesità.** L'insonnia fa ingrassare. Perché la mancanza di sonno attiva nel cervello il sistema endocannabinoide e aumenta l'appetito. Come fa il fumo di marijuana. Estimola la voglia di cibi dolci, lipidici e salati che danno piacere

# Chi dorme non piglia peso

**Il colpevole si chiama 2AG. È una molecola che se senza riposo si attiva al mattino e agisce fino a sera**

ELENA DUSI

**N**ON si nota solo dalle occhiaie. Una notte in bianco si fa sentire anche sull'appetito, e alla lunga sulla bilancia. La correlazione fra insonnia e aumento di peso, piuttosto sorprendente a prima vista, era stata notata qualche anno fa. Ma nessuna delle spiegazioni offerte finora sembra troppo convincente. Oggi l'università di Chicago mette un tassello importante nella comprensione di questo legame, tirando in ballo un attore cui nessuno aveva pensato prima: il sistema endocannabinoide. Proprio quello che si attiva fumando marijuana (che infatti ha tra i suoi effetti l'aumento dell'appetito).

Dormire poco, hanno scoperto gli endocrinologi dell'università di Chicago, fa aumentare uno dei segnali chimici prodotti dal nostro sistema nervoso - un neuromodulatore chiamato 2-AG - che ha il ruolo di attivare il sistema endocannabinoide. Basta anche una sola notte a occhi aperti perché le concentrazioni di 2-AG nel sangue aumentino, e gli effetti sull'appetito si facciano sentire. La fame si scatena in particolare di fronte al cosiddetto "junk food": dolci, patatine, snack ricchi di grassi e calorie. "Cibi appaganti", come li definiscono sulla rivista *Sleep* i ricercatori guidati dal professore di endocrinologia Erin Hanlon.

Ma che c'entra il sistema endocannabinoide con sonno e appetito? Perché un suo mediatore è in grado di fare da trait d'union fra due fenomeni così diversi come il dormire e il mangiare? «Il sistema endocannabinoide è un insieme di segnali chimici interni al nostro organismo. Fu scoperto molti anni fa proprio studiando gli effetti della cannabis» spiega Vincenzo Di Marzo, direttore dell'Istituto di chimica biomolecolare del Cnr a Napoli. «Il suo legame con l'appetito è molto forte, tanto che un principio attivo della cannabis, il Thc, è prescritto in alcuni paesi per indurre la fame nei malati di Aids o nei pazienti sottoposti a chemioterapia. Un farmaco venduto tra il 2006 e il 2008 per combattere l'obesità agiva proprio bloccando uno dei recettori di questo sistema. Si trattava di un medicinale estremamente efficace, ma al sistema endocannabinoide fanno capo molte funzioni, incluse quelle affettive e quelle legate allo stato d'animo. Ci si accorse che bloccando un recettore si frenava sì l'appetito, ma si provocavano anche problemi di depressione e ansia. Così il farmaco fu ritirato dal commercio».

Meno noto - e qui sta la novità della ricerca americana - era invece il legame fra sistema endocannabinoide e sonno. «In effetti - prosegue Di Marzo - uno degli effetti del farmaco anti obesità notati durante i test sugli animali è stato l'aumento della veglia. E se proviamo a guardare alla storia evolutiva dell'uomo, ha senso che un cacciatore primitivo abbia bisogno di mangiare di più, se resta atti-

vo anche durante la notte». Ma se dall'epoca degli uomini primitivi perennemente a caccia di cibo - e cibo calorico, possibilmente - ci spostiamo all'epoca dei frigoriferi sempre pieni, ecco che appare chiaro come il sistema possa andare in tilt. Per noi moderni restare svegli non vuol dire andare a caccia, ma rigirarci nel letto (se non alzarsi per andare al frigo). E secondo l'articolo di *Sleep*, questa attività comporta un consumo extra di appena 17 calorie all'ora.

I ricercatori di Chicago hanno osservato tutto ciò in un gruppo di 14 volontari che hanno accettato di passare quattro giorni in ospedale dormendo a volontà (8,5 ore a letto e 7,5 ore di sonno effettivo) e altri quattro facendosi venire le occhiaie (4,5 ore a letto, 4,2 di sonno effettivo). Continuamente, con un normale esame del sangue, Hanlon e i suoi colleghi monitoravano l'andamento di 2-AG. Dopo un riposo soddisfacente, il livello del neuromodulatore aumentava gradualmente durante la mattinata, raggiungeva il picco all'ora di pranzo e poi scendeva di nuovo. Ma in mancanza di sonno, questa sostanza chimica continuava ad aumentare fino alle due del pomeriggio, raggiungendo un picco superiore di un terzo rispetto al normale. E al pomeriggio, anziché ridiscendere, si manteneva su livelli piuttosto alti. Scatenando la fame di torte e patatine.

Fame che è stata appagata. Messi di fronte a una tavola imbandita di junk food, i volontari assonnati hanno fatto incetta di calorie: 300 in un'unica merenda pomeridiana, nonostante solo due ore prima si fossero riempiti la pancia con un pasto decisamente lauto, che da solo copriva il 90% delle calorie necessarie a una giornata. Trecento calorie guadagnate mangiando e 68 perse vegliando (17 all'ora moltiplicate per quattro ore di sonno mancante) farebbero un bilancio decisamente positivo per un uomo primitivo. Ma pessimo per una società che invece delle calorie in eccesso ha bisogno di liberarsi. «E a sua volta fa notare in un commento sempre su *Sleep* Frank Scheer, medico del sonno ad Harvard - un peso corporeo eccessivo può provocare apnea e altri disturbi del sonno».

Finora gli studi su obesità e sonno si erano concentrati sull'equilibrio fra i due ormoni leptina (che segnala sazietà) e grelina (che segnala appetito). Oggi si è visto che il campo di osservazione è più ampio. E che il cibo, in una persona insonne, non svolge solo il ruolo di sfamare. Ma anche quello di appagare, di regalare un momento di piacere in una giornata che, per il resto, ci vedrà probabilmente piuttosto scorbutici.

CRIPRODUZIONE RISERVATA



# A un'agenzia italiana la nuova governance

*Serve una struttura agile, trasparente e super partes*

## L'ente dovrebbe promuovere anche le sinergie internazionali

La ricerca in Italia è in agonia: chi ci governa deve decidere al più presto se lasciarla morire o fare qualcosa per salvarla. Ma qualunque investimento si decida di fare deve trovare un sistema adeguato per valorizzarlo. Serve una nuova governance! Altrimenti... sarebbe come "mettere benzina in una macchina a vapore".

La proposta di istituire un'Agenzia Italiana per la Ricerca Scientifica presentata da Gruppo 2003 in occasione del convegno "Il futuro della ricerca in Italia" del 10 febbraio a Roma, intende, infatti, creare una forte discontinuità rispetto al passato. Si tratta di seppellire l'attuale sistema burocratizzato e frammentato e di sostituirlo con una struttura in linea con i tempi, capace di amministrare in modo agile e flessibile la ricerca scientifica italiana nel suo insieme grazie all'abolizione graduale di tutte le leggi speciali accumulate nel tempo che assegnano fondi a istituzioni di ricerca senza adeguati sistemi di referaggio. Competitività, meritocrazia e affidabilità devono essere le parole chiave su cui si reggerà la nuova Agenzia.

L'Agenzia deve consentire alle organizzazioni scientifiche di poter programmare le loro attività di ricerca con fiducia, avendo certezze sui tempi dei bandi di concorso, sulla disponibilità delle risorse, sulla continuità dei programmi. È importante che essa non sia "un'altra" struttura che si aggiunge alle tante già disponibili, ma un luogo organizzativo in cui convogliare tutte le risorse disponibili a supporto della ricerca, con il supporto di una forte volontà politica orientata al cambiamento.

**Due momenti decisionali.** La proposta è destinata ad avere un forte impatto, perché tende a distinguere

due momenti e due competenze, che oggi si sovrappongono e determinano confusione.

Esiste un momento specificatamente politico: quello della scelta delle priorità e dell'allocazione delle risorse (globali e per ciascuna priorità). Oggi ogni Ministero ha a disposizione risorse economiche più o meno importanti che vengono destinate alla ricerca con modalità spesso poco trasparenti e senza alcun coordinamento. È invece necessario che tutti questi rivoli convergano in un unico fondo governativo per la ricerca sotto il controllo della Presidenza del Consiglio.

Spetterebbe invece all'Agenzia il momento esecutivo: quello che identifica le modalità con cui dare una risposta alle richieste del Governo, esprimendo valutazioni circa l'appropriatezza delle risorse messe a disposizione per raggiungere gli obiettivi proposti e segnalando i punti di forza e di debolezza della ricerca nel Paese. L'Agenzia dovrebbe inoltre promuovere le migliori sinergie a livello internazionale e raccordarsi con le attività delle Regioni, che hanno il compito di finanziare la ricerca non-profit ed industriale nel proprio territorio.

### Organizzazione dell'Agenzia.

L'Agenzia non deve essere un altro "carrozzone" che si aggiunge a quelli già esistenti ma una struttura molto snella, che risponde alla Presidenza del Consiglio, guidata da un Consiglio di amministrazione formato da poche persone rappresentanti il mondo della ricerca, della tecnologia, della cultura e dell'industria, con un Direttore che ha il compito di coordinare i vari Dipartimenti che la compongono. I Dipartimenti devono rispecchiare grandi aree di interesse nazionale: ad esempio l'energia, l'ambiente, la salute e così via, che devono comprendere una forte componente di ricerca di base a lungo termine e aree di natura più applicativa, che vanno mantenute sotto lo stesso tetto per avere possibilità di forte interazione. Compito dell'Agenzia dovrebbe essere la realizzazione di bandi di concorso con caratteristiche pluriennali, aperti a tutte le istituzioni di ricerca non-profit e alle partnership pubblico-privato. È importante che l'assegnazione dei

fondi avvenga con seri criteri meritocratici con peer review internazionali e site visit in armonia con ciò che avviene in tutti i Paesi europei.

La realizzazione dell'Agenzia non dovrebbe comportare spese insostenibili, perché sarà possibile reclutare ricercatori e dipendenti di Epr interessati a mettersi al servizio della comunità scientifica attraverso la loro esperienza.

### Rapporti con altre istituzioni.

Tutte le istituzioni che operano in campo scientifico nel Paese quali Università, Cnr e tutti gli altri Epr, Istituto superiore di Sanità, Irccs, Fondazioni e altre organizzazioni pubbliche e private non-profit dovrebbero poter accedere in modo competitivo ai fondi disponibili messi a disposizione attraverso bandi di concorso.

L'istituzione dell'Agenzia non è in contrasto con la funzione dell'Anvur, che ha il compito di controllare le strutture (non i progetti), valutare i risultati delle Università e degli enti pubblici di ricerca, e per sua natura non eroga finanziamenti. Infine, una funzione essenziale dell'Agenzia è l'interfaccia con attività internazionali ed in particolare con i programmi di ricerca dell'Unione europea, anche al fine di aiutare la ricerca italiana ad aumentare il recupero delle risorse messe a disposizione dall'Italia.

Gli Italiani vogliono salvare la ricerca in Italia! L'appello lanciato a favore della ricerca nel nostro Paese (<https://www.change.org/p/commissione-europea-e-governo-italiano-salviamo-la-ricerca-italiana>) da uno dei membri di Gruppo 2003 ha raccolto in pochi giorni più di 20.000 firme. La proposta di una Agenzia unica è un'occasione che speriamo il nostro Governo sappia cogliere con lungimiranza e tempestività.

**Silvio Garattini**  
Istituto di ricerca  
farmacologiche Mario Negri  
**Giuliano Buzzetti**  
Gruppo 2003

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**SVILUPPO DEI TRATTAMENTI MININVASIVI INDOLORI**

# Nelle urgenze e nella lotta ai tumori è vitale la radiologia interventistica

**IN ITALIA**  
Le procedure eseguite sono 96mila

■ I massimi esperti nazionali di radiologia interventistica, una disciplina che sta prendendo sempre più piede nel salvataggio del paziente con emorragie e nella cura dei tumori - si sono ritrovati a Firenze nei giorni scorsi per fare il punto sullo stato dell'arte delle tecnologie attuali e per presentare le ultime scoperte scientifiche. «Incontro fra esperti sulla embolizzazione nelle urgenze», questo il focus principale dell'incontro organizzato dal dottor Ernesto Mazza, direttore della radiologia interventistica di Careggi. «La radiologia interventistica sta acquistando un'importanza enorme come disciplina salvavita nelle urgenze e nella lotta contro i tumori», afferma Mazza, ricordando che questa disciplina è nata sviluppando tecniche meno invasive rispet-

to alle metodiche chirurgiche standard, ma capaci di produrre gli stessi risultati clinici. Permettono di effettuare trattamenti mirati raggiungendo la sede della malattia attraverso le vie naturali (sistema urinario, digestivo, vascolare) o con un accesso diretto all'organo malato, rapido e senza rischi.

Rispetto alla chirurgia, i vantaggi offerti sono: l'impiego dell'anestesia locale, la selettività d'azione, la ridotta degenza ospedaliera, la mancanza di dolore. In Italia si contano circa 95mila procedure ogni anno e le stime europee prevedono di quadruplicarli entro il 2020. È applicabile anche ad un'ampia serie di casistiche: dalla termoablazione e dalla chemioembolizzazione per il trattamento del tumore al fegato alla scleroembolizzazione del varicocele, fino alla cifoplastica e vertebroplastica per la stabilizzazione delle fratture vertebrali e all'elettrotermia intradiscare per la cura dell'ernia del disco.

LC



RSALUTE

**Medicina.** Ricorso alle terapie alternative. Sfiducia nei confronti dei dottori  
Colpa della clinica che si concentra sulla biologia delle malattie. E dimentica la persona  
sofferente e le diversità, anche di genere. Serve una rivoluzione. Che parta dalle università

# Sorpresa, quel malato è un uomo

Bisogna rivedere i metodi. E  
insegnare a inserire la storia della  
persona nei protocolli di cura

## 2000

### La nascita

All'inizio del millennio  
Rita Charon vara il  
Program in Narrative  
Medicine alla  
Columbia University  
di New York.

rita biancheri\*

**I**L NOSTRO SISTEMA sanitario sempre di più manifesta incongruenze e inefficienze, ci sono differenze regionali non solo nei costi ma anche nella qualità delle prestazioni e delle cure. Si vive più a lungo ma cresce il ricorso a cure omeopatiche, a terapie alternative; una spesa privata consistente, che deve essere considerata nell'attuale dibattito come un segnale importante per la ridefinizione dei sistemi di welfare, una sfiducia manifesta nei confronti di quello che Michel Foucault definiva "bio-potere". Finora, invece, hanno prevalso gli aspetti economicistici rischiando di portare l'agenda politica su percorsi certamente non risolutivi rispetto ai bisogni dei cittadini.

Inoltre l'istruzione universitaria resta ancorata ad una visione del corpo come macchina biologica complessa, trascurando il concetto di persona e le molteplici dimensioni della salute, un contesto formativo totalizzante che ha costruito steccati e barriere ideologiche, mentre dovrebbe prevalere il concetto stesso di vita e far superare così i resistenti dualismi mente/corpo, scienze della natura/scienze della cultura.

Come discusso nel convegno *Narrare la malattia, costruire la salute*, uno dei temi principali resta il rapporto tra approccio umanistico e pratica medica, tra una visione olistica e multidisciplinare rispetto al prevalere dell'aspetto tecnico, dove il rapporto medico-paziente risponde esclusivamente al sintomo e si esaurisce con l'intervento farmacologico.

Su questo terreno comune si stanno schiudendo nuove prospettive integrate sia nella ricerca che nell'insegnamento universitario; da una parte la medicina di genere, con l'apertura alle differenze, ha scardinato i presupposti teorici e metodologici di una scienza neutra, asettica, a favore di una prospettiva che includa gli aspetti psicologici e sociali. Dall'altra la medicina nar-

rativa ha introdotto una diversa visione rispetto alla fase di eccessiva medicalizzazione della vita, guardando alla malattia non solo come evento clinico-biologico ma anche come avvenimento biografico. Ma ancora il prevalere delle risposte esclusivamente cliniche evidenzia la perdita del "carattere congiuntivo" della malattia, in quanto non c'è solo un corpo muto, luogo della fisiologia alterata ma, al contrario, siamo di fronte ad un soggetto attivo, con la sua storia di vita inserita in un contesto relazionale e temporale fatto di ricordi, avvenimenti, emozioni.

È necessario quindi rivedere la nostra "cassetta degli attrezzi" per poter superare i residui di un paradigma che, in nome dell'osservazione e dell'oggettività, ha considerato la natura organica dell'evento patologico e non l'identità dei pazienti, chiudendola in quella scatola inosservabile che ora si cerca di aprire approfondendo le riflessioni, ad esempio, sui noti effetti placebo, non spiegabili all'interno del riduzionismo scientifico.

Oliver Sacks in *Risvegli* ben descrive questo passaggio dalla biologia alla biografia: «Quando iniziai il lavoro lo concepì in termini limitati e rigorosamente "scientifici" ma subito mi resi conto che avremmo dovuto abbandonare il protocollo originale... volevo descrivere le mie osservazioni con un occhio fenomenologico e non solo medico e terapeutico». In altri termini, si tratta di un recupero dell'arte medica come complessa sintesi di competenze e sensibilità empatica, per rispondere alle richieste di umanizzazione delle cure.

Nella fase attuale molti sono i nodi su cui riflettere nell'ambito della salute e il dibattito è aperto all'osmosi reciproca. Tuttora queste interazioni sono poco studiate e i rischi della crescita della medicina difensiva aumentano, nella pratica, la distanza dalla vocazione antropologica-sociologica di questa professione, lasciata alla sola coscienza individuale e non alle pratiche istituzionalizzate. Discrasie che non possono essere comprese da una singola posizione privilegiata ma da una rete di prospettive, aperte a possibilità anziché chiuse da stabili certezze.

\* Università di Pisa

ORIPRODUZIONE RISERVATA



**PREVENZIONE E SOSTENIBILITÀ**

# Smog, bimbi e (più) impegno del Governo

DI GIACOMO TOFFOL \*

Qualche settimana fa come pediatri riuniti nell'Associazione culturale pediatri (Acp), abbiamo diffuso un comunicato richiamando l'attenzione sui danni dell'inquinamento sulla salute dei bambini e abbiamo riportato un dato dell'Oms che ha fatto scalpore. Per l'Organizzazione mondiale della sanità il 6,4% delle morti per tutte le cause nei bambini fra 0 e 4 anni è dovuto all'inquinamento atmosferico. Eppure il dato non è inedito, perché si riallaccia a un lavoro pubblicato dall'Ufficio regionale europeo dell'Oms già nel 2004, senza suscitare grande fermento. Nello stesso lavoro veniva stimato come pari a circa un terzo il carico di malattie in età compresa tra 0 e 19 anni determinato da un ambiente insalubre o insicuro. Queste stime, note da anni, sono state discusse da tutti i governi durante ben 5 conferenze interministeriali europee, l'ultima delle quali a Parma nel 2010, organizzate sotto l'egida dell'Oms per dimostrare a tutti i governanti il rischio rappresentato dall'ambiente inquinato sulla salute di tutti noi ma soprattutto dei bambini. Sono infatti note da anni le correlazioni sia acute che croniche tra inquinamento atmosferico e salute.

Lo smog è causa di: riduzione del peso dei bambini alla nascita, aumentato rischio di mortalità perinatale, riduzione della funzionalità respiratoria, aumento della prevalenza di infezioni delle basse vie respiratorie, aumento di prevalenza e insorgenza di asma, aumento delle malattie cardiovascolari e delle patologie neoplastiche e alterazioni dello sviluppo neuro-comportamentale e quindi di un aumento dei ricoveri e delle morti evitabili.

L'incidenza del cancro in età giovanile sta aumentando in Europa dell'1% all'anno, e circa due bambini su mille ricevono una diagnosi di cancro nei loro primi 15 anni di vita. Circa il 60% dei tumori hanno cause diverse dagli stili di vita, e tra queste sono sicuramente importanti le esposizioni ambientali. Le donne in gravidanza,

i feti, i bambini sono particolarmente vulnerabili a questo. Numerosi studi epidemiologici suggeriscono che anche altre patologie croniche oltre ai tumori, tra cui le malattie cardiovascolari, possono essere associate ad esposizioni pre e post natali a contaminanti ambientali. La comunità medica italiana conosce bene questo problema, tanto che la stessa **Fnomceo** ha inserito nell'ultima versione del codice deontologico dei suoi iscritti un apposito articolo relativo alla prevenzione nei confronti delle patologie di origine ambientale. Molte società scientifiche in ambito pediatrico si occupano espressamente di questa tematica. Da anni ad esempio all'interno dell'Acp è attivo un gruppo di lavoro che si è proposto di aumentare l'attenzione individuale e collettiva dei genitori su questo problema, in modo da modificare l'ambiente attraverso i singoli comportamenti individuali e con un'azione di pressione sulle Istituzioni a ciò deputate.

**Impegno di Governo.** Una simile attività non aveva tuttavia finora trovato adeguato sostegno da parte del governo nazionale che pure aveva a suo tempo ratificato le conclusioni della conferenza intergovernativa sull'ambiente firmando una dichiarazione che affermava l'impegno a ridurre l'impatto delle malattie non trasmissibili legate all'ambiente, in particolare attraverso politiche adeguate in settori quali lo sviluppo urbano, i trasporti, la sicurezza alimentare la nutrizione, e gli ambienti di vita e di lavoro. Nemmeno a livello locale finora si era vista una azione decisa su questi problemi, che non si limitasse alle ordinanze per la chiusura parziale del traffico in alcune zone solo quando i livelli di inquinanti superavano per molti giorni i limiti di legge.

**Un tavolo antismog.** Salutiamo quindi con attenzione le recenti iniziative del ministro dell'Ambiente, che ha deciso di istituire un tavolo permanente di controllo dell'inquinamento ambientale in collaborazione con gli enti locali e ha voluto una legge nella quale



per la prima volta seppur in modo esiguo vengono stanziati dei fondi per tentare di modificare in modo strutturale questa situazione. Si tratta infatti di una novità nel panorama politico italiano, forse conseguente all'aumentata consapevolezza della popolazione degli effetti dell'inquinamento, o forse dovuta all'inverno incredibilmente secco che stiamo attraversando con conseguente picco di inquinamento raggiunto in tutte le città italiane. Solo per fare un esempio nella città di Roma nel mese di dicembre scorso per soli tre giorni la concentrazione di Pm10, un grossolano indice dell'inquinamento atmosferico, è rimasta al di sotto dei valori considerati tollerabili per legge, e questo ha determinato 26 decessi per cause cardiorespiratorie, come si può leggere in un articolo appena pubblicato sulla rivista "Epidemiologia e Prevenzione" dal Dipartimento di Epidemiologia del Sistema sanitario regionale del Lazio.

E sempre le conseguenze dell'elevato inquinamento atmosferico di questo inverno hanno determinato un anomalo incremento delle patologie respiratorie, con moltissimi casi di tosse intrattabile e persistente, particolarmente grave nei bambini asmatici, ma presente anche in soggetti in precedenza sani che hanno spinto i pediatri di famiglia della città di Venezia a firmare un appello per chiedere provvedimenti strutturali contro l'inquinamento alle amministrazioni locali.

Le iniziative del ministero quindi meritano attenzione e disponibilità alla collaborazione da parte delle società mediche. Siamo consci, e immaginiamo che anche il ministro lo sia, che stanziare 35 milioni per incentivare la mobilità sostenibile e i progetti Pedibus rappresentano solo un piccolo passo, soprattutto se pensiamo a quanti ostacoli si frappongono

alla possibilità di organizzare dei veri e propri "autobus a piedi" per accompagnare i bambini a scuola soprattutto nei grandi centri urbani. La numerosità del parco macchine italiano, gli scarsi investimenti dedicati al trasporto pubblico, la scarsa diffusione delle piste ciclabili rendono ragione di un traffico urbano poco sicuro per i pedoni, e difficilmente modificabile con questi pochi fondi. Ricordiamo che in Italia circolano 613 automobili ogni 1.000 abitanti, contro una media europea di 417, e che il nostro paese ha appena 3.297,2 chilometri di piste ciclabili urbane, l'equivalente di sole 3 città europee (Stoccolma, Hannover e Helsinki), mentre in Germania, per citare un esempio virtuoso, i km sono circa 35.000. Non basteranno certo 35 milioni per modificare questa situazione, ma forse questi fondi permetteranno a qualche realtà locale di incentivare realmente una mobilità a piedi o in bicicletta, riducendo in modo significativo e permanente l'inquinamento atmosferico. La costituzione infine di un comitato di coordinamento ambientale con la partecipazione del ministero e di rappresentanti degli enti locali lascia ben sperare.

Auspichiamo che si possa finalmente realizzare l'impegno solennemente assunto dai responsabili della salute e dell'ambiente degli stati europei nella dichiarazione finale della conferenza interministeriale di Parma firmata ormai 6 anni fa di invitare i settori e le organizzazioni ambientali e sanitarie a lavorare più strettamente con i governi al fine di garantire ambienti sani. Se il ministro vorrà coinvolgere le associazioni mediche in questo tavolo, l'Acq darà sicuramente la sua disponibilità.

*\* Acq, gruppo Pump  
Pediatri per un mondo possibile*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## SECONDO L'OMS

# La resistenza agli antibiotici va combattuta con rigore

**Luisa Romagnoni**

■ Superbatteri che hanno imparato a difendersi e sopravvivere, alle terapie antibiotiche. Costituiscono un nuovo pericolo, per la salute dell'uomo e animale. Secondo stime recenti dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), i batteri antibiotico-resistenti, potrebbero essere la prima causa di morte al mondo nel 2050, con un tributo annuo di oltre 10milioni di vite, più del numero dei decessi attuali per cancro. Anche in Italia, il Paese europeo dove la resistenza agli antibiotici è ai massimi livelli, si lotta contro questa emergenza globale, che vede già schierati l'Oms e i ministri del G7.

Nel corso del convegno Achieving health through antimicrobial stewardship - Ahead Research Day, istituzioni, società scientifiche e aziende, hanno fatto il punto sugli interventi da mettere in campo. L'iniziativa è stata promossa da Msd Italia e Sanofi Pasteur Msd, con il patrocinio dell'Istituto superiore di sanità (Iss). «La resistenza agli antibiotici è un problema allarmante, po-

tenzialmente drammatico, perché cominciamo ad avere situazioni in cui i pazienti sono resistenti a quasi tutti gli antibiotici e questo vuol dire non avere più strumenti per curarli», afferma Walter Ricciardi, presidente Iss. «L'utilizzo inappropriato degli antibiotici sta determinando un vasto e rapido sviluppo di ceppi di batteri resistenti, che avrà l'effetto di rendere difficile il trattamento di una gamma sempre più ampia di infezioni, oggi abbastanza comuni e facili da contrarre». Ogni anno, in Italia le infezioni correlate all'assistenza o intra-ospedaliere, colpiscono circa 284mila pazienti (dal 7 per cento al 10 per cento degli ospedalizzati), causando intorno ai 5-7mila decessi, con un costo annuo superiore a 100milioni di euro. E se i termini dell'emergenza sono ormai chiari, cominciano a delinearsi anche le strategie per affrontarla. Due su tutte: la messa in campo di tutte le risorse per accelerare lo sviluppo di nuove molecole antibiotiche e l'attuazione di una stewardship antibiotica, ovvero l'utilizzo appropriato degli antibiotici negli ospedali.



## NUOVI FARMACI

# Antidolorifici: studi sul veleno della tarantola

■ Il veleno di tarantola potrebbe essere efficace per combattere il dolore neuropatico e cronico. È quanto affermano alcuni ricercatori australiani in uno studio presentato al meeting annuale della *Biophysical Society* in corso a Los Angeles. Gli scienziati della University of Queensland di Brisbane hanno infatti trovato che il *ProTx-II*, una tossina peptidica presente nel veleno di una tarantola del Sud America, la *Thrixopelma pruriens*, può inibire il Nav 1.7, un importante recettore del dolore. «Il nostro gruppo si è occupato di capire la modalità di azione della tossina per raccogliere informazioni che ci possano condurre alla progettazione e ottimizzazione di nuove terapie anti-dolore» spiegano gli esperti.



**SFIDE HI TECH****Smart health corre veloce***Le tre priorità: banda larga, interoperabilità e big data*

**S**arsa interoperabilità dei sistemi di e-health sperimentati a macchia di leopardo a livello regionale, telemedicina in ritardo per la mancata diffusione della banda larga, accesso a ostacoli all'immenso patrimonio dei big data. Sono queste le battaglie temporaneamente perse o forse le

sfide ancora da vincere della sanità digitale made in Italy. Una partita che giocata bene consentirebbe di risparmiare 6,9 mld di euro. Ma investimenti aggiuntivi non ce ne sono. Il punto al convegno «Smart health» del Forum Pa.

**MAGNANO** A PAG. 6**SANITÀ ELETTRONICA****Smart health, doppia sfida tra cronicità e risparmi****Patto digitale  
entro aprile**

**S**carsa interoperabilità dei sistemi di e-health sperimentati a macchia di leopardo a livello regionale, telemedicina in ritardo per la mancata diffusione della banda larga, accesso a ostacoli all'immenso patrimonio dei big data. Sono queste le battaglie temporaneamente perse o forse le sfide ancora da vincere della sanità digitale made in Italy. Una partita che giocata bene consentirebbe di risparmiare 6,9 mld di euro (stima dell'Osservatorio Netics). Qualche esempio: incrocio e analisi dei dati epidemiologici supporterebbero i medici verso una riduzione della medicina difensiva e delle prescrizioni inappropriate; telecure domiciliari e technoassistenza abbatterebbero i costi delle giornate di ricovero per i pazienti acuti e in riabilitazione. Il condizionale per ora è d'obbligo. Ma ripensare il sistema socio-sanitario in chiave digitale è ormai una «necessità» acclarata e urgente. A fare il punto la giornata di lavori sulla «Smart health», organizzata al museo Maxxi di Roma da Forum Pa con il sostegno non condizionato di Fondazione Msd.

L'emergenza è già in corso. La popolazione invecchia e aumenta la spesa sanitaria pubblica: solo per quella collegata ai «servizi di lunga assistenza» si stima una crescita di circa 6 mld l'anno di qui al 2060. «Nel settore della sanità e del welfare dobbiamo programmare oggi con un occhio a quello che avverrà tra qualche anno, quando avremo una società con più persone anziane e malati cronici - spiega la ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin** -». In questo contesto la technoassistenza è una scelta necessaria, tanto che sarà inserita all'interno dei Lea. Già oggi ci sono esperienze avanzate in diverse Regioni. E se è vero che la sanità digitale ci farà risparmiare circa 6-7 mld l'anno, soprattutto ci farà guadagnare il triplo in termini di servizio reso». La priorità è superare l'attuale frammentazione: «I sistemi informativi - continua **Lorenzin** - sono differenti tra Regione e Regione, a volte anche tra azienda e azienda. Col «Patto per la sanità digitale» abbiamo sancito la necessità di avere un unico linguaggio».

Un Patto digitale ancora nei cassetti delle Regioni (così come restano nell'incertezza gli investimenti necessari a realizzarlo) ma che dovrebbe vedere finalmente la luce a primavera. Così alme-

no assicura **Massimo Casciello**, Dg del sistema informativo e statistico sanitario nazionale del **Ministero della Salute**: «E in Conferenza Stato-Regioni, ne abbiamo discusso a dicembre, hanno chiesto alcune modifiche, che stiamo condividendo con la Regione Emilia Romagna. Dopodiché dovrebbe andare in Conferenza unificata ed essere licenziato entro marzo, massimo aprile». Poi tre step. «Un monitoraggio rapido tra le Regioni di quanto è stato fatto, della qualità dei servizi erogati, dei vantaggi economici e di salute - continua Casciello - attraverso una modulistica ad hoc. Queste sperimentazioni diventeranno modelli a disposizione delle altre amministrazioni. Poi individueremo stakeholder privati interessati al cofinanziamento dei progetti e apriremo dei tavoli. E le Regioni che presentano le sperimentazioni dovranno individuare anche delle tariffe provvisorie. Due anni di test e poi la verifica. In questo modo se i progetti funzionano, attraverso il comitato Lea le pratiche diventano sistemiche». Insomma le esperienze maturate sul campo vanno capitalizzate. E i fondi pubblici? «Non ci sono fondi aggiuntivi - spiega Casciello - ma la spesa va rivista. I soldi derivano dallo spendere meglio».

Tema centrale in questo settore è anche una buona valutazione dell'impatto delle tecnologie, attraverso un sistema coordinato di Hta. «Per verificare sia nella fase di sperimentazione - spiega **Paolo Bonaretti**, consigliere del Mise - che in real live l'efficacia delle tecnologie, è necessario poter gestire grandi quantità di dati, ma soprattutto avere dati qualitativamente molto alti. Quindi Big data, potenza di calcolo, qualità e interoperabilità del dato sono temi fondamentali che vanno al di là del concetto classico di telemedicina, ma costituiscono il substrato fondamentale su cui collocare una sanità innovativa».



Intanto la telemedicina - opzione fondamentale per una gestione sostenibile della cronicità - è rimasta finora fanalino di coda. Viaggia lentamente, lungo sentieri stretti. Serve l'«autostrada digitale». «Tra gli strumenti da mettere in atto - spiega **Federico Gelli** (Pd), membro della Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati - c'è una maggiore digitalizzazione degli ospedali e il potenziamento della banda larga, perché senza banda larga non è pensabile fare telemedicina. Le ultime scelte del presidente del Consiglio vanno in questo senso. Non servono ulteriori incentivazioni. Un altro passo avanti è stato fatto nella legge sul rischio professionale, in cui anche la telemedicina fa parte integrante dell'atto sanitario. Fare un tele-referto non è come fare una visita, ma con questa legge diamo dignità e ruolo anche alla telemedicina, cosa che oggi è solo negli atti di indirizzo».

**Rosanna Magnano**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Virus Zika: uno studio dell'Iss ne conferma la possibile trasmissione sessuale



Uno studio dei ricercatori del Dipartimento malattie infettive (Mipi) dell'Istituto superiore di sanità (Iss) conferma la possibilità della trasmissione sessuale del contagio da Zika. L'indagine, pubblicata ieri su Eurosurveillance, non è legata all'attuale epidemia che si sta sviluppando in America Latina, bensì a un caso, il terzo identificato finora nel mondo, ricostruito e confermato retrospettivamente. «Nell'estate-autunno del 2014 l'unità arbovirus dell'Iss esaminò per sospetta Dengue il siero di un uomo che aveva viaggiato in una zona all'epoca endemica, la Thailandia, e della sua partner. Quest'ultima non aveva effettuato viaggi lamentando tuttavia, a distanza di circa 20 giorni, sintomi simil-Dengue» spiega il direttore del Mipi **Gianni Rezza**, precisando che i campioni provenivano dalla Clinica di malattie infettive dell'Azienda universitaria di Careggi a Firenze e che le analisi di laboratorio non confermarono l'infezione da Dengue in nessuno dei due casi. Rimase comunque il sospetto di una infezione importata da Flavivirus con successiva trasmissione autoctona, presumibilmente sessuale.

I campioni prelevati in fase acuta furono anche analizzati con un test molecolare per la presenza del virus Zika, con esito negativo. Prosegue l'esperto: «Quest'anno, resosi disponibile un test di neutralizzazione per lo Zika, i campioni disponibili all'Iss sono stati nuovamente testati per verificare se si trattasse di un'infezione da Dengue o da Zika, potendosi verificare tra i due una reattività crociata». E, sorpresa, i risultati dell'analisi hanno confermato la diagnosi di Zika sia nel viaggiatore sia nella partner, un caso che il ricercatore definisce autoctono a probabile trasmissione sessuale. Ulteriori studi sono in corso negli Stati Uniti e in Inghilterra, dove in un paziente con Zika sono state evidenziate tracce di Rna virale nello sperma anche a distanza di due mesi dalla malattia acuta. È quindi probabile che l'infezione rimanga relativamente a lungo nel compartimento spermatico. Mentre la comunità scientifica indaga sulla trasmissione sessuale del virus, va precisato che il rischio di diffusione locale dell'infezione in Italia, almeno al di fuori del periodo estivo, resta comunque estremamente basso».