



## **RASSEGNA STAMPA**

**02/03/2016**

1. IL SOLE 24 ORE Debito in crescita per la sanità a quota 67 miliardi
2. REPUBBLICA Addio alla ricetta rossa ma quella elettronica non conquista l'Italia
3. ILSOLE24ORE.COM Corte dei conti: in caduta libera la spesa del personale sanitario
4. ASKA NEWS Corte Conti: nel 2011-2014 per Regioni deficit di 25 mld di euro
5. QUOTIDIANO SANITÀ Corte dei conti: "Fruibilità diritto alla salute non uniforme su tutto il territorio"
6. MATTINO Giannini: «Pronti 2 miliardi e mezzo per la ricerca»
7. STAMPA Farmaci così intelligenti da colpire nel Dna ma non sono per tutti
8. LIBEROQUOTIDIANO.IT Un antidoto contro il fungo killer di anziani e pazienti ospedalizzati
9. MESSAGGERO Raro trapianto: salvato a 3 anni grazie al rene della mamma
10. MESSAGGERO Niente aghi: un sensore misurerà la glicemia
11. STAMPA Contro il virus Zika arriva la diagnosi precoce sui feti
12. LASTAMPA.IT Per la Candida più resistente trovata molecola in grado di batterla
13. MESSAGGERO Troppo magre o grasse la maternità è a rischio
14. OGGI Il talco è assolto

**Conti pubblici.** Relazione di Corte conti sul 2014

# Debito in crescita per la sanità a quota 67 miliardi

**Roberto Turno**

ROMA

■ Un **deficit finanziario** da 10 miliardi nel 2014 che diventano però 25 miliardi se si parte dal 2011, per effetto della gestione in conto capitale in rosso profondo. Un **indebitamento** che nel 2014 è salito vertiginosamente a quota **67 miliardi** (+5,7 sul 2013) col macigno del debito sanitario lievitato da 23,8 a 30,7 miliardi. Con un debito medio che è così cresciuto a 1.043 euro per ogni italiano (140 euro in più). No, i conti decisamente non tornano nel comparto **Regioni**. A macchia di leopardo, come sempre, ma ormai a farcela sono sempre meno dopo questa lunga stagione di tagli. E sebbene si intravedano «gli esiti di un'economia che sta uscendo lentamente dalla crisi», il nodo di tutto è sempre lo stesso: «Le regioni del Mezzogiorno ancora non vedono significativi segnali di ripresa», è il ripetuto allarme lanciato ieri dalla magistratura contabile a governo e Parlamento.

È racchiuso in una relazione in due tomi da quasi 600 pagine con centinaia di tabelle e grafici, il giudizio della Corte dei conti sugli andamenti della finanza territoriale nel 2014 attraverso l'analisi dei flussi di cassa. Un anno, il 2014, che peraltro non ha ancora esaurito gli effetti delle manovre di finanza pubblica, e che nel raffronto che la magistratura contabile esegue risalendo fino al 2011, mette impietosamente a nudo tutte le difficoltà del settore. Dove antiche incrostazioni e gestioni sopra le righe hanno di sicuro subito colpi d'accetta. E tuttavia i conti continuano in larga parte,

soprattutto dal Lazio in giù, a non tornare affatto.

Con tutte le conseguenze del caso, anche sul piano dei servizi. Come la Corte dei conti ribadisce per quanto riguarda la sanità: «La fruibilità del diritto alla salute da parte dei cittadini - si legge nel rapporto - non sembra uniforme sul territorio nazionale, potendo risultare più onerosa in relazione al luogo di residenza». Effetto Sud e piani di rientro. Effetto di un federalismo che ha fallito. E intanto la spesa sanitaria resta la voce di spesa principale dei bilanci regionali: nel 2014 pesava mediamente per il 75,5% del totale, addirittura in crescita dell'1,2% sull'anno prima. Tutto questo mentre le compartecipazioni crescono (+4,45% nel giro di un anno), la spesa per il personale è in calo del 5,75% in quattro anni, quella per farmaci tiene sul territorio ma non in ospedale, la spesa in ospedale cresce dell'8,36%, quella per beni e servizi ha pochi argini. Una maionese impazzita. Un'Italia della salute spaccata in due.

Quanto ai conti regionali complessivi, spicca il fatto che solo il Piemonte nel 2014 abbia bypassato il limite quantitativo sull'indebitamento. Che le ristrutturazioni del debito abbiano interessato 6 regioni (Campania, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche e Puglia) per 5,6 miliardi totali di titoli in circolazione. E spicca quanto meno una nota forse positiva: s'è ridotto il ricorso ai derivati a copertura di prestiti obbligazionari (-16,3% sul 2011) e di mutui (-21,7%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Addio alla ricetta rossa ma quella elettronica non conquista l'Italia

## Troppi ritardi dopo il via alla prescrizione online I farmaci acquistabili al di fuori della propria regione

MICHELE BOCCI

**N**ome dell'assistito e del principio attivo del medicinale che deve prendere. Ci mette pochi secondi il dottor Renzo Le Pera di Casalecchio di Reno (Bologna) a inserire i dati sul computer del suo studio. Da ieri quelle informazioni finiscono nel sistema centrale gestito da Sogei e sono visibili in tutte le farmacie d'Italia. «E il mio paziente potrà ritirare le medicine dove vuole, anche in una regione diversa dall'Emilia Romagna», spiega il medico mentre dalla stampante esce un foglio bianco con alcuni codici a barre. Quel promemoria sta gradualmente sostituendo la ricetta rossa in tutto il Paese ed è anche la prova della rivoluzione che sta investendo il sistema sanitario. La giornata di ieri ha rappresentato un punto di svolta: ora è possibile acquistare farmaci prescritti dal medico di famiglia anche fuori dalla propria regione pagando il ticket in base alla residenza. Prima non era possibile.

La ricetta rossa per le richieste

dei farmaci sta lentamente scomparendo. La sua fine era stata sancita addirittura nel 2012 dal decreto sull'Agenda digitale. A fine 2013 le Regioni hanno iniziato a sostituirla con i promemoria in bianco e dovevano concludere il processo due anni dopo. Ma ci sono stati ritardi e ci vorrà ancora un po' di tempo per arrivare in fondo. Alcuni farmaci, come l'ossigeno, e quelli per certe malattie croniche, vengono ancora segnati sulla ricetta tradizionale, obbligatoria anche quando l'ambulatorio ha problemi di connessione a internet. Inoltre per visite ed esami si segue quasi ovunque ancora la strada tradizionale. Per quanto riguarda le medicine invece siamo a buon punto: in media il 70% di prescrizioni sono fatte sul promemoria, con punte vicine al 90% in Veneto, Campania e Sicilia e uno scarso 35% in Liguria. Calabria e provincia di Bolzano sono ancora a zero.

Abbandonare le prescrizioni tradizionali serve a spendere meno e razionalizzare il sistema. Eliminare i blocchetti con le ricette permette di risparmiare decine di milioni di

euro sui costi di acquisto e gestione dei fogli rossi, stampati su carta filigranata. Ma inserire tutto nel sistema Sogei permette anche di ridurre errori e falsificazioni e di tenere sotto controllo le prescrizioni e quindi la spesa farmaceutica.

Con il tempo anche il foglio bianco sparirà. L'unico posto dove questo è già avvenuto, dove cioè è in vigore la vera "ricetta dematerializzata", è la provincia di Trento. «I nostri pazienti vanno in farmacia direttamente con la tessera sanitaria e visto che è tutto sul sistema informatico, al farmacista basta controllare il codice fiscale per sapere cosa dare al paziente e calcolare il ticket o le esenzioni», spiega il dottor Josef Jorg, di Arco. «È un sistema comodissimo ad esempio per la ripetizione di una ricetta», spiega. «Io inserisco la richiesta e il paziente senza passare dal mio studio va direttamente in farmacia». Sembra fantascienza ma un giorno tutta Italia dovrebbe funzionare così. Visti i ritardi già accumulati, l'unico dubbio sono i tempi.

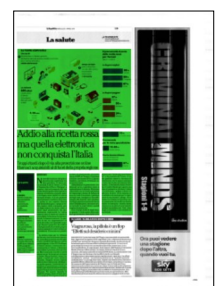
CRIPRODUZIONE RISERVATA



**IL DECRETO**  
Nel 2012 il decreto Agenda digitale introduce i promemoria, le cosiddette ricette elettroniche

**LA SOSTITUZIONE**  
Dalla fine del 2013 le Regioni iniziano a sostituire le ricette rosse con i promemoria per farmaci e visite specialistiche

**LE NOVITÀ**  
Ritirare i medicinali in regioni diverse da quella dove è fatta la ricetta, pagando comunque il ticket della propria regione di appartenenza



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

## Corte dei conti: in caduta libera la spesa del personale sanitario



Spesa in caduta libera per il personale sanitario (-5,5%) mentre ancora non sono sotto controllo gli acquisti di beni e servizi condizionati dall'ennesimo aumento dei costi (+2,5%). Sono i dati contenuti nella Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni (esercizio 2014) pubblicata dalla Corte di conti secondo cui «l'indebitamento regionale (incluso il debito con oneri a carico dello Stato) è pari a 67 miliardi, in aumento di circa 5,7 miliardi rispetto al 2013». Di questa enorme massa una quota significati è a carico della sanità, il cui debito passa da 23,8 miliardi a 30,7 miliardi (+23% circa). Nel complesso, il debito medio pro capite sale da 931 euro a 1.043 euro. Il «limite» è stato oltrepassato dalla Regione Piemonte, mentre le Regioni Sardegna, Lombardia, Emilia-Romagna, Trentino-Alto-Adige, Veneto e Puglia non hanno fatto ricorso ad indebitamento. Mentre sono sei le regioni che hanno avviato le operazioni di ristrutturazione del debito: Campania, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia.

Il rendiconto delle Regioni che segnalano anche una crescita, seppur contenuta della spesa sanitaria su quella corrente complessiva (il 75,5% nel 2014, contro il 74,1% del 2013), anche se diminuiscono i pagamenti (-3,1 miliardi rispetto al 2013). In termini di contabilità nazionale, la spesa sanitaria cresce, nel 2014, dello 0,9% (+984 milioni). Si tratta del primo, contenuto, incremento di spesa nel corso del quinquennio 2010/2014.

«La fruibilità del diritto alla salute da parte dei cittadini - osserva, tuttavia, la Corte -

non sembra uniforme sul territorio nazionale, potendo risultare più onerosa in relazione al luogo di residenza».

### **Le spese per il personale**

I pagamenti effettuati dagli enti sanitari relativi al personale evidenziano nel quadriennio un trend decrescente (-2,2 mld di euro, -5,75%), con una riduzione maggiore nel 2014 rispetto al 2013. Su tale evoluzione hanno inciso sia le politiche nazionali, sia scelte aziendali relative all'esternalizzazione di servizi e/o prestazioni di lavoro effettuate mediante diverse forme: aumentano, infatti, i pagamenti per consulenze, collaborazioni, interinali e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie.

Nell'ambito delle misure di contenimento della spesa del personale hanno inciso in misura considerevole la revisione delle dotazioni organiche, il blocco del turn-over e le politiche di contenimento delle assunzioni, nonché i limiti retributivi, il tetto di spesa del personale, il nuovo regime del trattamento accessorio ed il congelamento della vacanza contrattuale.

Le diverse misure, pur prendendo a riferimento diversi parametri, mirano alla medesima finalità di contenimento di un segmento rilevante della spesa pubblica. La tabella che segue mostra i pagamenti per il personale aggregati per Regione e Provincia autonoma.

In quasi tutte le Regioni gli enti sanitari hanno registrato un trend decrescente dei pagamenti per il personale, tant'è che si registra una contrazione nel 2014, rispetto al 2013, di -1 miliardo (-2,77%); infatti, presentano un diverso andamento solamente tre Regioni: Molise, Puglia e Friuli-Venezia Giulia. La riduzione maggiore è stata registrata per gli enti appartenenti alle Regioni Campania (-426 milioni), Calabria (-155 milioni) e Piemonte (-137 milioni).

Questa tendenza si osserva in misura maggiore nelle Regioni soggette al Piano di Rientro con una riduzione complessiva, rispetto al 2011, pari a 1,8 miliardi (-10,7%), di cui quasi la metà registrata nel solo 2014, rispetto al 2013; per le altre Regioni, invece, il decremento è minore (-1,7%) e maggiormente distribuito null'arco temporale in esame. Infatti, l'andamento dei pagamenti nel periodo 2011-2014 espone una contrazione totale di -2,2 miliardi di euro (-5,7%), originata principalmente dalle Regioni a statuto ordinario (-2,1 miliardi) ed, in particolare, da quelle del meridione e dell'area centrale.

### **Acquisti di beni e servizi**

In linea generale i pagamenti per acquisto di beni e servizi evidenziano un incremento fino al 2013 per poi ridursi, di -1,8%, nel 2014. Se la riduzione dei pagamenti assume valori abbastanza simili sia per le Regioni in Piano di rientro, sia per quelle non in Piano, l'andamento nel quadriennio 2011-2014, invece, evidenzia una crescita maggiore nelle Regioni in Piano di rientro (+14,1%, rispetto a +5,1% di quelle non in Piano), sebbene per entrambe le categorie i pagamenti crescano. La riduzione dei pagamenti potrebbe essere ricondotta non solamente all'entrata a regime delle misure di contenimento della spesa adottate negli ultimi anni, ma anche a minori pagamenti effettuati dagli enti sanitari, con eventuali riflessi sullo stock del debito, non rilevabili dai soli flussi di cassa.

Gli enti della Regione Lombardia, nel 2014, rappresentano il 23,5% del totale pagamenti per acquisto di beni e servizi, evidenziando una riduzione dell'incidenza rispetto al 2011 (24,9%); gli enti della Regione Lazio, invece, segnano il 13,2%, con un peso crescente sul totale (11,5% nel 2011).

La composizione dei pagamenti per acquisto di beni e servizi per ripartizione geografica mostra che la riduzione del 2014 si riscontra nelle diverse aree, ad esclusione dell'Italia centrale che ha incrementato i flussi di pagamento (+2 mld; +14,6%). Nello specifico, l'incremento dei pagamenti dell'Italia Centrale è ascrivibile unicamente agli enti della Regione Lazio, i quali hanno usufruito delle risorse relative alle anticipazioni di liquidità nel 2013 e 2014, dal momento che gli enti sanitari delle altre Regioni centrali hanno evidenziato un decremento.

### **Il trend dei costi**

I costi relativi agli acquisti di beni e servizi sono aumenti del 2,5% nel 2014 rispetto al 2013 .

Da questa rilevazione sembrerebbe emergere una limitata efficacia delle misure introdotte a livello centrale relative al contenimento dei costi (v. d.l. n. 98/2011 e d.l. n. 95/2012).

Osservando le singole componenti di spesa – al netto delle operazioni effettuate direttamente dalle Regioni Lazio e Campania – invece, si rilevano andamenti diversi: nel 2014, rispetto al 2013, decrescono i pagamenti per acquisti di beni (-8,5%) ed i pagamenti per acquisto di servizi (-6,1%). Per questi ultimi, si evidenzia un trend decrescente a partire dal 2012, (52,8 mld nel 2012, 52,6 mld nel 2013 e 49,3 mld nel 2014), mentre per gli acquisti di beni si rileva un trend crescente fino al 2013, seguito da una contrazione (11,7 mld nel 2011, 13,9 mld nel 2012, 15,9 mld nel 2013 e 14,5 mld nel 2014).

### **L'acquisto di beni**

I movimenti in uscita (pagamenti) censiti dal Siope vengono codificati in due macro-aree: acquisto di beni sanitari ed acquisto di beni non sanitari. I primi, che rappresentano la parte più consistente, al netto di Lazio e Campania (che il Siope rileva solo in maniera parziale) , i pagamenti per questa voce di spesa sono pari a 10,6 mld. nel 2011 (9,3% del totale pagamenti correnti), 12,6 mld nel 2012 (10,7%), 14,3 mld nel 2013 (12%) e 13,5 mld nel 2014 (11,5%). I pagamenti per acquisti di beni non sanitari, invece, costituiscono una quota più modesta del totale della spesa: sempre al netto di Lazio e Campania, i pagamenti ammontano 568 mln nel 2011 (4,8% del totale della spesa per acquisto di beni), 601 mln nel 2012 (4,5%), 585 mln nel 2013 (3,7%) e 490 mln nel 2014 (3,4%).

In linea generale, i pagamenti per acquisto di beni sanitari evidenziano un trend crescente fino al 2013, per poi decrescere nel 2014 (-6,9%, al netto dei movimenti registrati dagli enti sanitari di Lazio e Campania). In quasi tutte le Regioni oltre l'85% della spesa per beni sanitari afferisce ai prodotti farmaceutici (cod. 2101), materiali diagnostici e prodotti chimici (2205), lastre e mezzi di contrasto (2206), presidi chirurgici e materiale sanitario (2207) e materiali protesici (2208).

Gli acquisti di beni sanitari si concentrano principalmente nel Nord Italia, rappresentando nel 2014 oltre il 55% del totale<sup>184</sup> (Nord-Occidentale 28,7% e Nord-Orientale 26,5%); in particolare, gli enti della Regione Lombardia evidenziano i flussi

di pagamento più elevati (16,3%).

In tutto il quadriennio, la spesa maggiore per la categoria beni sanitari è rappresentata dai prodotti farmaceutici, che incidono sul totale categoria per il 52%, mostrando un andamento dell'incidenza in crescita. Nel 2014, gli enti della Provincia autonoma di Trento espongono il valore più basso (43,5%) e quelli della Sardegna il valore più elevato (59,3%).

Gli acquisti per beni non sanitari evidenziano un trend decrescente per tutto il periodo considerato (-16,1% nel 2014, rispetto al 2013, al netto di Lazio e Campania). Nel 2014, in quasi tutte le Regioni, si rileva che oltre l'80% dei pagamenti per acquisto di beni non sanitari afferisce ad acquisti di prodotti alimentari, materiali di guardaroba e pulizia, carburanti e combustibili, supporti informatici e materiali per la manutenzione. Esaminando i singoli codici gestionali si rileva che gli acquisti per combustibili e carburanti incidono per il 23,6% del totale categoria e che la voce supporti informatici incide per il 20,4%. In relazione all'area geografica, invece, i maggiori pagamenti per acquisti di beni non sanitari sono riferibili all'area Nord-Occidentale.

### **L'acquisto di servizi**

I pagamenti per acquisti di servizi costituiscono, in media, la parte più consistente dei pagamenti: 50,9 mld nel 2011, 52,8 mld nel 2012, 52,6 nel 2013 e 49,3 nel 2014 (al netto degli enti di Lazio e Campania 45,2 mld nel 2011, 46,7 mld nel 2012, 47,3 mld nel 2013 e 45,7 mld nel 2014).

Detta tipologia di spesa, sulla base della classificazione Siope, viene ripartita in due macro-aree: acquisto di servizi sanitari, che rappresentano la parte più considerevole dei pagamenti, ed acquisto di servizi non sanitari, di minore entità, seppur rilevante come massa di pagamenti (18,4% nel 2014 del totale acquisto servizi).

Gli acquisti di servizi sanitari vengono effettuati prevalentemente verso soggetti privati: infatti, tale tipologia rappresenta oltre il 74% del totale categoria. Gli acquisti da soggetti pubblici, che evidenziano una certa stabilità, ad esclusione del 2013, incidono sul totale categoria per oltre il 20%; tuttavia, tale tipologia di acquisti viene per la maggior parte effettuata verso strutture sanitarie pubbliche della Regione/Provincia autonoma di appartenenza (circa il 17% del totale categoria).

I pagamenti per acquisto di servizi non sanitari evidenziano una crescita fino al 2013, cui segue un decremento nel 2014 (-12,2% rispetto al 2013; +8,2% rispetto al 2011).

Per quanto concerne gli acquisti di servizi sanitari da soggetti pubblici, si rileva che gli enti della Regione Lombardia effettuano pagamenti per tale tipologia di spesa pari ad oltre il 43% del totale acquisto di servizi sanitari: in particolare, tale fenomeno si verifica in relazione ai pagamenti effettuati verso le strutture sanitarie pubbliche della Regione di appartenenza. Gli acquisti di servizi sanitari da soggetti privati, invece, assumono valori elevati, in termini di incidenza percentuale, in Molise, Basilicata e Liguria.

La restante parte della spesa, costituita dai contributi previdenziali e ritenute erariali, rappresenta circa il 5% del totale categoria.

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

## **Corte Conti: nel 2011-2014 per Regioni deficit di 25 mld di euro**

### ***Positivo il saldo della spesa corrente***

Roma, 1 mar. (askanews) - Il saldo complessivo del quadriennio 2011-2014 evidenzia per le Regioni un deficit di 25 miliardi di euro, scaturiti dalla somma algebrica del saldo negativo della gestione in conto capitale e di quello positivo (+535 milioni) della spesa corrente.

Il dato è contenuto relazione della Corte dei Conti sulla gestione finanziaria delle Regioni relativa al 2014. I giudici contabili spiegano che il consolidato della gestione di cassa in conto capitale evidenzia un deficit cumulato nel quadriennio ampiamente inferiore (-7,7 miliardi), grazie anche alle anticipazioni di liquidità concesse dallo Stato nel biennio 2013-2014.

Anche la gestione di cassa delle contabilità speciali (partite di giro) mostra un saldo complessivo negativo di oltre 26 miliardi, derivante principalmente dai disavanzi del 2013 (-22,7 miliardi) e del 2014 (-6,3 miliardi). Importi di rilievo, che confermano l'esigenza di porre attenzione a questo settore, il cui impatto sulla gestione dovrebbe risultare tendenzialmente neutro.

Il quadro delle risultanze di competenza delle entrate regionali del 2014 denota una perdita contenuta (-5%) dopo lo straordinario incremento di risorse registrato nel 2013. Le riscossioni subiscono invece un ridimensionamento del 16,5%, dovuto al più lento smaltimento dei residui.

Nel quadriennio, tuttavia, spiega ancora la Corte dei Conti, le Regioni a statuto ordinario hanno assicurato un maggior recupero nella capacità di riscossione dei residui attivi rispetto alle Regioni ad autonomia speciale, le quali evidenziano un sensibile calo delle risorse tributarie, con percentuali di riduzione elevate soprattutto nelle Isole. Criticità particolarmente evidenti risultano anche per le entrate in conto capitale delle Regioni del Sud.

# quotidianosanita.it

Martedì 01 MARZO 2016

## Regioni. Corte dei conti: "Fruibilità diritto alla salute non uniforme su tutto il territorio nazionale"

***Lo scrivono i giudici contabili nella Relazione sulla gestione finanziaria degli Enti locali e sulla gestione finanziaria delle Regioni. Spesa sanitaria cresce, nel 2014, dello 0,9% (+984 milioni). È il primo, contenuto, incremento di spesa nel corso del quinquennio 2010/2014. Si riduce il disavanzo economico (-1,2 mld rispetto a -1,9 mld del 2013)". [LA RELAZIONE - APPENDICE](#)***

"La fruibilità del diritto alla salute da parte dei cittadini non sembra uniforme sul territorio nazionale, potendo risultare più onerosa in relazione al luogo di residenza". Parole della Corte dei conti contenute nella Relazione 2014 sugli andamenti della finanza territoriale.

"La presente relazione – spiega la Corte - espone i risultati di cassa della finanza regionale e comunale dell'esercizio 2014, analizzandone comparativamente gli andamenti con le omologhe risultanze del triennio precedente".

La Relazione 2014 della Corte dei Conti si articola in tre parti:

- 1) la prima è dedicata alle problematiche del federalismo fiscale, della ricomposizione della spesa e del pareggio del bilancio, poste a raffronto con le risultanze del patto di stabilità interno per il 2014;
- 2) la seconda parte è dedicata all'analisi della gestione di cassa delle Regioni e delle Province autonome;
- 3) la terza è relativa ai flussi di cassa di Comuni ed Unioni di Comuni.

La parte relativa all'analisi della gestione di cassa delle Regioni pone in evidenza gli aspetti di criticità. Mentre per le spese regionali, l'analisi approfondisce l'evoluzione di specifiche tipologie di spesa, di parte corrente ed in conto capitale.

Per la spesa sanitaria, infine, si offre "un compiuto quadro d'assieme dei flussi di cassa riferibili direttamente a Regioni e Province autonome e di quelli relativi alla gestione degli enti sanitari".

L'analisi finanziaria condotta dalla Corte dei Conti sui dati degli ultimi rendiconti approvati dalle Amministrazioni regionali, evidenzia "gli esiti di un'economia che sta uscendo lentamente dalla crisi, con le Regioni del Mezzogiorno che, peraltro, ancora non vedono significativi segnali di ripresa".

Al saldo economico ancora negativo del conto consolidato delle Amministrazioni regionali "si accompagna un saldo negativo della gestione finanziaria di competenza, pari a 10 miliardi".

Il saldo complessivo del quadriennio 2011-2014 evidenzia un deficit di 25 miliardi. "Nel quadriennio – spiega sempre la Corte dei Conti - le Regioni a statuto ordinario hanno assicurato un maggior recupero nella capacità di riscossione dei residui attivi rispetto alle Regioni ad autonomia speciale, le quali evidenziano un sensibile calo delle risorse tributarie, con percentuali di riduzione elevate soprattutto nelle Isole. Criticità particolarmente evidenti risultano anche per le entrate in conto capitale delle Regioni del Sud. Quanto alla spesa, "si conferma la tendenza delle Regioni a sottostimare le proprie esigenze funzionali".

Nell'esercizio 2014, i pagamenti in conto competenza costituiscono il 76,9% circa della quota impegnata e l'83,3% di quelli complessivi, mentre i debiti pregressi tornano a crescere (+13,8%) per effetto della gestione di competenza, che continua a generare residui rilevanti. Nel quadriennio, si registra una crescita degli impegni (+6,9%) che, a livello pro capite, si traduce in una spesa media al Nord di 2.285 euro, al Centro di 2.589 euro, al Sud di 2.536 euro e nelle Regioni a statuto speciale di 3.733 euro.

Nell'esercizio 2014, l'indebitamento regionale (incluso il debito con oneri a carico dello Stato) è pari a 67 miliardi, in aumento di circa 5,7 miliardi rispetto al 2013. Di questo, il debito sanitario passa da 23,8 miliardi a 30,7 miliardi. Nel complesso, il debito medio pro capite passa da 931 euro a 1.043 euro. Il limite quantitativo all'indebitamento (dal cui calcolo sono escluse le risorse assegnate a titolo di anticipazione di liquidità ex d.l. n. 35/2013) è stato oltrepassato dalla Regione Piemonte, mentre le Regioni Sardegna, Lombardia, Emilia-Romagna, Trentino-Alto-Adige, Veneto e Puglia non hanno fatto ricorso ad indebitamento. Le operazioni di ristrutturazione del debito regionale, ai sensi dell'art. 45 del d.l. n. 66/2014, risultano avviate da sei Regioni (Campania, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia) per complessivi 5,6 miliardi di titoli in circolazione. Prosegue la riduzione degli strumenti di finanza derivata previsti a copertura di prestiti obbligazionari e di mutui (rispettivamente, -16,3% e -21,7% rispetto al 2011).

Aumenta il peso della spesa sanitaria su quella corrente complessiva (il 75,5% nel 2014, contro il 74,1% del 2013), anche se ne diminuiscono i pagamenti (-3,1 miliardi rispetto al 2013). In termini di contabilità nazionale, la spesa sanitaria cresce, nel 2014, dello 0,9% (+984 milioni). È il primo, contenuto, incremento di spesa nel corso del quinquennio 2010/2014.

Mentre la spesa farmaceutica conferma "le tendenze consolidate a partire dal 2010. Grazie all'ulteriore incremento delle compartecipazioni versate dagli assistiti (+4,45 % rispetto al 2013, +64 milioni in valore assoluto), è in diminuzione la spesa convenzionata netta (-2,99%), mentre è in sensibile crescita quella ospedaliera (+8,36%) e la distribuzione diretta (+7,73%). Prosegue il trend in diminuzione dei debiti verso i fornitori (pari a 23 miliardi, -21,7% rispetto al 2013) e si riduce anche il disavanzo economico complessivo delle gestioni sanitarie

In considerazione dei diversi meccanismi di funzionamento rilevabili nei tre gruppi di enti individuati (Regioni sottoposte a monitoraggio annuale, Regioni sottoposte a piano di rientro, Regioni e Province autonome a statuto speciale), la Corte evidenzia come " la fruibilità del diritto alla salute da parte dei cittadini non sembra uniforme sul territorio nazionale, potendo risultare più onerosa in relazione al luogo di residenza".



**I ricercatori** Lavoro di ricerca a volte difficile per poche risorse

## Il piano

# Giannini: «Pronti 2 miliardi e mezzo per la ricerca»

La ricerca è tornata ad essere una priorità del Paese, è al centro degli obiettivi del governo e sta per avere finalmente il suo Piano Nazionale, che potrebbe essere presentato «a breve»: è il programma presentato dal ministro per l'Istruzione, l'Università e la Ricerca, Stefania Giannini, nel corso del convegno organizzato a Roma dall'Assobiotec, l'associazione che riunisce le aziende biotecnologiche italiane e che fa parte della Federchimica.

La ricerca «è l'unica vera risposta ad una società che deve affrontare sfide come invecchiamento della popolazione, cambiamenti climatici e flussi migratori», ha rilevato il ministro, condividendo l'affermazione di Emma Bonino secondo la quale «scienza e democrazia vanno di pari passo e sono il baluardo contro estremismo e oscurantismo». **Beatrice Lorenzin**, ha annunciato gli Stati generali della ricerca, in programma il 27 e 28 aprile, sarà l'occasione per definire le strategie nazionali per la ricerca e l'innovazione.

Il Piano nazionale della ricerca ha annunciato il ministro - prevede un investimento medio annuo di 2,5 miliardi e si concentrerà su alcuni temi prioritari, fra i quali lo spazio, la biomedicina e l'agricoltura».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Farmaci così intelligenti da colpire nel Dna Ma non sono per tutti

## Approvati per il tipo di tumore, non per il gene “Spreco di risorse e ritardi nelle terapie”



**Paolo Comoglio**  
Oncologo

**RUOLO:** È DIRETTORE SCIENTIFICO DELL'ISTITUTO DI CANDIOLLO - IRCCS  
**IL SITO:** WWW.FPOIRCC.IT/

NICLA PANCIERA

È merito dei successi della biologia molecolare se si sta riducendo il tempo necessario perché una molecola arrivi alla clinica e, quindi, ai pazienti. Individuati i meccanismi all'origine del tumore, si stanno creando così farmaci intelligenti in grado di agire direttamente sui processi stessi della malattia. Gli oncologi hanno capito che a contare non è tanto la localizzazione del tumore, ma le caratteristiche molecolari, la cosiddetta «firma genetica». È una svolta epocale, di cui, secondo i ricercatori, bisogna sempre tenere conto: in tutte le fasi. Anche in quelle di sperimentazione.

Questo significa che un «proiettile» ideato contro un certo bersaglio molecolare, validato quindi per un determinato tumore, può essere utilizzato anche per neoplasie localizzate in tessuti diversi? Il «salto» accelererebbe ulteriormente il passaggio al letto del paziente, ma la situazione non è così semplice, anche se si è già iniziato a pensare alla necessità di una nuova classificazione di ogni farmaco sulla base del suo «target» specifico.

«Sappiamo che all'origine del cancro c'è l'alterazione di uno o più geni, gli oncogeni, e il processo può portare allo

sviluppo di una neoplasia in questo o in quell'organo», spiega Paolo Comoglio, direttore scientifico dell'Istituto per la Ricerca e la Cura del Cancro di Candiolo. E così, da un lato, la stessa molecola, «Her2», è coinvolta tanto nel carcinoma mammario che nei tumori gastrici e del colon-retto, mentre, dall'altro, a causare un cancro alla vescica può esserci tanto una mutazione di «Ras» quanto un'alterazione di «Met». «Eseguendo un test genetico al momento della diagnosi o della ricaduta, è possibile optare immediatamente per il trattamento mirato alla mutazione incriminata, scegliendo perciò il farmaco più adeguato ed efficace». È questa la nuova «medicina di precisione», che agisce sulla causa di insorgenza della malattia.

«Un farmaco anti-«Met» ha uno spettro d'azione che comprende tutti i tumori che presentano un'alterazione di «Met» stesso, indipendentemente dall'organo colpito», spiega il professore. In altre parole, «spegnere un gene gioverà a tutti i pazienti la cui malattia ha avuto origine dall'alterazione di quel gene». Per esempio, il trastuzumab, potente anticorpo monoclonale diventato trattamento di prima linea contro il cancro al seno positivo a «Her2», è stato approvato anche nel trattamento del cancro allo stomaco «Her2» positivo.

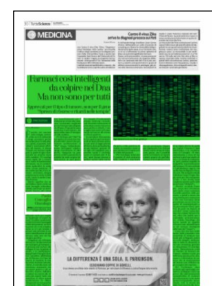
La normativa internazionale che regola la sperimentazione di un nuovo farmaco prevede una serie di tappe precise, all'interno di un protocollo ideato per tutelare i pazienti. Oltre agli enti regolatori, poi, è previsto anche il coinvolgimento di comitati etici. E anche i nuovi farmaci devono rispettare queste rigide norme,

che però, a volte, sembrano diventare un semaforo rosso capace di bloccare il rapido arrivo al letto del paziente.

«Per l'oncologia molecolare il concetto di sede anatomica della neoplasia è importante, ma non preminente. Eppure, pur disponendo di un farmaco mirato contro un tipo di mutazione genica, non è possibile usarlo nel trattare un tumore causato proprio da quell'alterazione, se la neoplasia si trova in un organo diverso da quello per il quale il farmaco è stato autorizzato», è la considerazione di Comoglio. «Il tutto, naturalmente, a meno di non mettere in piedi uno studio clinico, i cui tempi di realizzazione, però, possono impedire la tempestiva somministrazione del farmaco». Un caso-simbolo è il glioblastoma: oggi la vita media dopo la diagnosi è di pochi mesi. «Ma le logiche attuali richiedono tempi troppo lunghi anche per l'uso compassionevole: è una strada tanto complessa quanto quella della prescrizione «off-label»».

«Perché - si chiede Comoglio - posso dare il trastuzumab anche senza conoscere il profilo genetico della paziente, e quindi a donne che non presentano la mutazione e che non trarranno alcun giovamento, ma mi viene impedito di somministrarlo a chi, pur essendo «Her2» positivo, ha però un tumore al cervello? «L'uso indiscriminato dei costosi farmaci mirati, oltre che inutile non è sostenibile economicamente», riflette l'oncologo, che lancia quindi un appello: «Occorre una riclassificazione dei farmaci intelligenti sulla base del «target»».

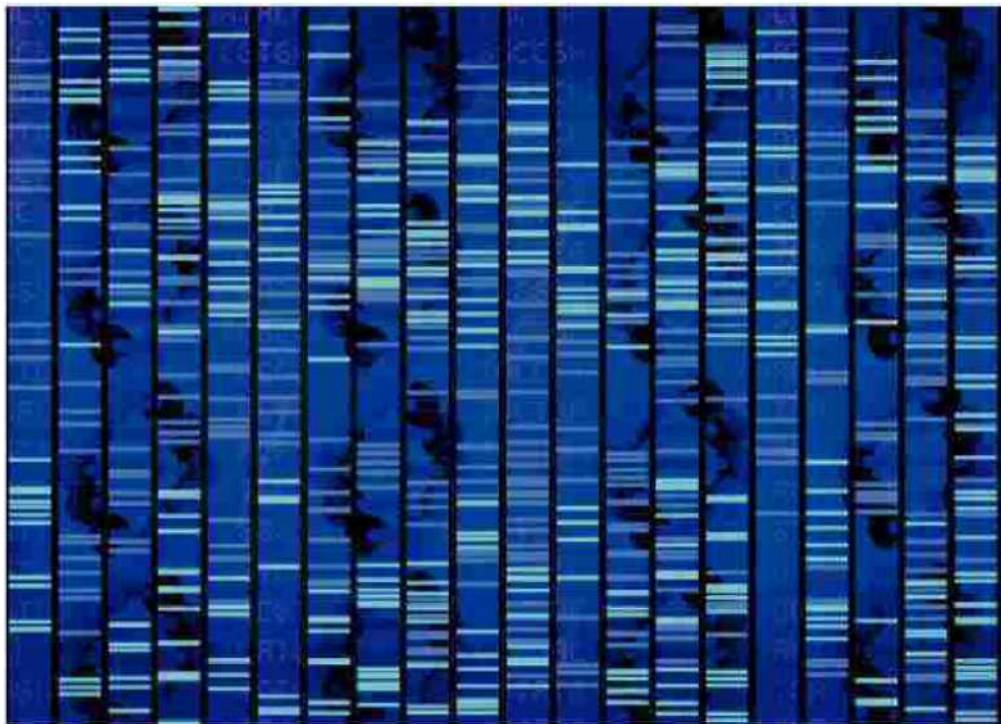
Come dire che uno snellimento delle procedure consentirebbe di sfruttare mo-



lecole già sviluppate contro un certo «target», utilizzandole in tutte le situazioni in cui uno screening genetico ne dimostrasse il coinvolgimento. Naturalmente, resta un vincolo: un farmaco dev'essere valutato tanto per l'efficacia quanto per la sicurezza e ci dev'essere la certezza che la localizzazione del tumore non influisca sugli oncogeni che esprime.

Nel frattempo, dare un'oliata agli ingranaggi normativi e sviluppare nuovi approcci alla sperimentazione consentirebbe di avanzare più velocemente verso nuove opzioni terapeutiche. Accorciando, così, la strada che dalla ricerca porta alla cura.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Ogni tumore ha la sua «firma genetica»

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

# Un antidoto contro il fungo killer di anziani e pazienti ospedalizzati

Scoperto un potenziale 'antidoto' contro un fungo *killer* - la *Candida glabrata* - che causa gravi infezioni con esito fatale nel 40% dei casi, colpendo soprattutto anziani e persone immunodepresse, specie se ricoverate in ospedale, e che è resistente alle terapie oggi disponibili. Si tratta di una molecola battezzata col nome di 'iKix1' e isolata da una libreria molecolare di 140 mila sostanze. La scoperta, resa nota sulla rivista '*Nature*' (2016 Feb 17. doi: 10.1038/nature16963 - l'articolo, pubblicato online è appena uscito nella versione cartacea dello storico periodico), si deve al gruppo di ricerca del professor **Maurizio Sanguinetti**, direttore dell'Istituto di Microbiologia e Virologia dell'Università Cattolica di Roma, e al suo *team* (**Riccardo Torelli** e **Brunella Posteraro**), insieme ai gruppi di ricerca della Harvard University di Boston e del Policlinico Universitario di Losanna. Le infezioni da *Candida glabrata* colpiscono soprattutto pazienti immunodepressi, sottoposti a importanti interventi chirurgici e anziani. Le infezioni sono sistemiche (sepsi), ovvero interessano tutto l'organismo, coinvolgendo i diversi organi e tessuti, e hanno una mortalità del 40%, ovvero 4 pazienti su 10 non sopravvivono all'infezione. Non a caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha considerato le infezioni da lieviti resistenti ai farmaci una delle minacce crescenti in ambito sanitario. L'elevata mortalità di queste infezioni è legata non solo alla virulenza del fungo, ma soprattutto alla sua particolare propensione a diventare resistente agli 'azoli', i farmaci antifungini più comunemente usati per trattare queste infezioni. Tale resistenza è causata dall'insorgenza di mutazioni a carico del gene 'PDR1'. "Come precedentemente dimostrato dal nostro gruppo di ricerca - spiega il professor Sanguinetti - la presenza di tali mutazioni determina contemporaneamente anche un aumento della virulenza stessa del microrganismo e quindi una sua maggiore capacità di causare malattia. È chiaro quindi che il prodotto proteico del gene 'PDR1' rappresenta un interessante bersaglio da colpire per mettere a punto nuovi approcci terapeutici non convenzionali". L'obiettivo dello studio è stato identificare, attraverso lo screening di più di 140 mila diverse molecole, una sostanza in grado di bloccare l'attività di

PDR1, in modo da rendere i microrganismi nuovamente sensibili agli azoli e allo stesso tempo anche meno virulenti. “In particolare – aggiunge il professor Sanguinetti - è stato identificato dal *team* di Harvard un composto, denominato iKix1, in grado di legarsi stabilmente al regolatore PDR1, come dimostrato attraverso l’osservazione con la risonanza magnetica nucleare ad alta risoluzione”. Gli scienziati hanno visto che iKix1 è in grado di agire in provetta, annullando la resistenza ai farmaci, ma soprattutto in vivo su animali, riducendo la gravità della malattia.

*Il ruolo dell’Università Cattolica nella ricerca.* Il gruppo di ricerca della Facoltà di Medicina e chirurgia dell’Università Cattolica ha condotto tutti gli esperimenti nei modelli in vivo di infezione e trattamento, sfruttando un expertise più che decennale e consolidati rapporti internazionali. “Senza questi esperimenti il lavoro non sarebbe stato pubblicato – sottolinea il professor Sanguinetti – Abbiamo infettato gli animali con diversi ceppi di *C. glabrata* (sensibili e resistenti agli azoli, poi abbiamo curato l’infezione sia con farmaci convenzionali (fluconazolo, un azolo), sia con iKix1, sia con combinazioni di questi, con diversi dosaggi, andando a valutare diversi tipi di infezione (infezione sistemica, sepsi e localizzata, ovvero infezione delle vie urinarie)”. Si è visto che iKix1 è in grado di neutralizzare la resistenza ai farmaci e di rendere il fungo meno virulento, riducendo significativamente la gravità delle infezioni. “Al momento – conclude il professor Sanguinetti - stiamo continuando a collaborare con i gruppi di ricerca di Harvard e di Losanna per l’estensione dello studio ad altri patogeni fungini. In ogni caso l’interesse della ricerca è legato al fatto che si introduce una nuova strategia terapeutica avente come bersaglio funzioni non direttamente legate alla vitalità del fungo patogeno, ma alla sua sensibilità ai farmaci e alla sua virulenza”. I prossimi passi saranno testare iKix1 su pazienti per verificarne la sicurezza e la tollerabilità e in seguito l’efficacia nel ripristinare la sensibilità del patogeno ai farmaci azoli. **(LARA LUCIANO)**

## Raro trapianto: salvato a 3 anni grazie al rene della mamma

► Il rene di un adulto è stato trapiantato in un bimbo di 3 anni, con un intervento che gli esperti definiscono «rarissimo: in Italia, negli ultimi 15 anni, sono state fatte solo 5 operazioni di questo tipo su bambini così piccoli». Ad eseguire l'operazione, che ha prelevato un rene dalla madre per darlo al figlio, gli esperti del Policlinico di Milano: oggi il bimbo sta bene, si prospetta una vita «praticamente normale». Simone (nome di fantasia) vive con i genitori in Emilia Romagna, è nato nel 2012, prematuro. Soffre di displasia renale bilaterale, una malattia dei reni che dal 2013 lo ha costretto alla dialisi. A seguire il caso è Giovanni Montini, direttore della Nefrologia pediatrica del Policlinico: «Purtroppo la disponibilità di donatori di età pediatrica è scarsa». Per questo i chirurghi hanno modificato la tecnica di intervento che si usa per gli adulti per «adattare» il rene della madre a Simone. L'intervento è avvenuto il 13 gennaio.



## Tecnologia

### Niente aghi: un sensore misurerà la glicemia

Nel mondo circa 415 milioni di persone hanno il diabete. In Italia oggi sono 3,5 milioni i pazienti. Di diabete e di ricerca si è parlato a Bologna nell'incontro "Innovazione per la salute e manifattura italiana", organizzato da Marchesini Group e Abbott, divisione Diabetes Care. Le due aziende stanno collaborando in una linea di produzione hi-tech e robotizzata di monitoraggio Flash del glucosio FreeStyle Libre\* per le persone con diabete. Un sistema che, grazie a un sensore, elimina la necessità delle periodiche punturine sul dito ed è progettato per rimanere applicato al corpo fino a 14 giorni. Una differenza sostanziale rispetto agli attuali sistemi di monitoraggio continuo della glicemia. Il dispositivo è disponibile in diversi Paesi europei. In Italia, l'Emilia-Romagna è la prima regione ad avere concesso la rimborsabilità di "FreeStyle Libre".

A. Cap.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Contro il virus Zika arriva la diagnosi precoce sui feti

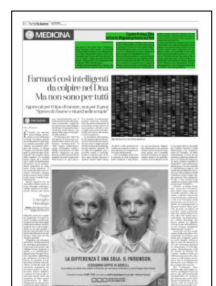
NOEMI PENNA

■ Contro il virus Zika l'Oms, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, raccomanda l'utilizzo degli standard per la diagnosi precoce della microcefalia messi a punto dall'ospedale Sant'Anna e dall'Università di Torino: lo studio è legato al progetto internazionale «Intergrowth-21st» finanziato dalla Fondazione Bill e Melinda Gates.

I risultati sono stati pubblicati su «Lancet», che ha dedicato loro la copertina oltre all'editoriale dell'epidemiologo brasiliano Cesar Gomes Victora, definendolo un «utile strumento di screening per rilevare la microcefalia indipendentemente dalla causa, in un momento critico in cui si affrontano la prima epidemia di Zika e un aumento significativo dei casi».

Finora, sulla microcefalia, c'erano parametri che non permettevano una diagnosi affidabile e un confronto dei dati. Ora si può contare su tabelle antropometriche in grado di definire precocemente la patologia, già prima della 33esima settimana. Ad ampliare lo studio è stata Francesca Giuliani del Sant'Anna di Torino. La parte ostetrica, invece, è stata coordinata da Tullia Todros e quella neonatale da Enrico Bertino.

Le misurazioni del feto costituiscono il primo segno d'allarme per gli approfondimenti diagnostici e con queste nuove tabelle la circonferenza cranica viene confrontata con lunghezza e peso. La microcefalia è una condizione rara, la cui incidenza varia tra 1,3 a 150 casi su 100 mila nati vivi. Ma, oltre a Zika, a causare anomalie della crescita cerebrale, e quindi della circonferenza cranica, possono essere infezioni come Toxoplasma, rosolia e citomegalovirus, oltre ad agenti tossici, abuso d'alcool e anomalie genetiche.



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

## Per la Candida più resistente trovata molecola in grado di batterla

*Addio alle infezioni causate dalla cosiddetta «glabrata» che colpiscono polmoni e tratto urinario. Ricerca Italia/Usa trova soluzione per casi resistenti ad antibiotici*



Secondo l'**Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2050 le infezioni batteriche saranno la prima causa di morte al mondo**. Uno scenario a dir poco apocalittico causato dalla sempre più crescente resistenza agli antibiotici. Fortunatamente qualche buona notizia giunge dal mondo della ricerca: un gruppo di scienziati dell'Harvard University e dell'Università di Losanna, in collaborazione con i ricercatori romani dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e del Policlinico Gemelli, è riuscito ad individuare una **molecola capace di vincere la sempre più diffusa resistenza ai farmaci da parte del fungo Candida glabrata**. Il risultato è valso la pubblicazione sulla prestigiosa rivista Nature.

### **IN ITALIA OLTRE 284 MILA INFEZIONI OSPEDALIERE OGNI ANNO**

I dati lasciano poco spazio alle interpretazioni: in Italia le infezioni correlate all'assistenza intraspedaliera colpiscono ogni anno circa 284 mila persone, pari al 10% dei ricoveri. Di queste un numero che oscilla tra i 4500 e i 7000 sfociano in decessi. **Tra le infezioni più comuni troviamo polmoniti e infezioni del tratto urinario**. Quelle causate da Candida glabrata colpiscono soprattutto pazienti immunodepressi, persone sottoposte a importanti interventi chirurgici e anziani. Quando generano un'infezione generalizzata la mortalità è di oltre il 40%. L'elevata mortalità di queste infezioni è legata non solo alla virulenza del fungo ma soprattutto alla sua particolare propensione a diventare resistente agli azoli, una classe di composti farmaci antifungini più comunemente usati per trattare queste genere di infezioni.

## **LA RESISTENZA È SCRITTA NEL DNA**

Diversi studi precedentemente pubblicati hanno dimostrato che la resistenza agli azoli si genera a causa di alcune **specifiche mutazioni genetiche del fungo**. In particolare quando la proteina PDR1 è mutata *Candida glabrata*, in risposta alla presenza di un antibiotico, produce una particolare «pompa» capace di espellere all'esterno il farmaco vanificando, di fatto, la sua funzione. Partendo da questa osservazione l'intento degli scienziati è stato quello di individuare un **farmaco capace di annullare l'azione di PDR1**. In particolare l'obiettivo dello studio è stato identificare, attraverso lo screening di più di 140 mila diverse molecole, una sostanza capace di agire contro PDR1 in modo da rendere i microrganismi nuovamente sensibili agli azoli e, allo stesso tempo, anche meno virulenti.

## **IKIX1 ANNULLA L'ANTIBIOTICO RESISTENZA**

Tra le 140 mila molecole testate in vitro quella più promettente è stata iKix1, un composto capace di legarsi stabilmente a PDR1. Ma la vera novità non riguarda il test effettuato in provetta. Somministrata in animali da esperimento iKix1 si è rivelata efficace nel contrastare l'infezione riportando *Candida glabrata* a rispondere nuovamente agli azoli. Un risultato straordinario che potrebbe rappresentare il **punto di partenza verso nuove terapie volte ad annullare la resistenza agli antibiotici**.

I ginecologi endocrinologi: i disturbi alimentari nell'adolescenza, così come l'overdose di sport, possono diventare seri ostacoli alla gravidanza

# Troppo magre o grasse la maternità è a rischio

**GLI ECCESSI DAI 15 AI 20 ANNI COMPROMETTONO IL CICLO: AUMENTANO I CASI DI OVAIO POLICISTICO**

## IL CASO

**L'**Italia Paese di culle vuote e di nonni con pochi nipoti. Ma mai, come il 2015, si ricorderà per il segno meno nelle nascite. Il dato peggiore dall'Unità d'Italia. A nascere sono stati solo 488 mila bambini, 15 mila in meno rispetto al 2014 (503 mila). Per il quinto anno consecutivo, inoltre, è stata registrata, dall'Istat, una riduzione del numero medio di figli per donna, che nel 2015 scende all'1,35. E l'età media della madre al momento del parto raggiunge i 31,6 anni contro i 31,5 del 2014.

Non solo la donna ormai decide di partorire sempre più tardi ma, è l'allarme degli specialisti che in questi giorni si riuniscono a Firenze per il congresso internazionale di Ginecologia endocrinologica, durante l'adolescenza e la prima giovinezza adottano comportamenti o sono colpite da malattie che impediscono la gravidanza nel momento in cui si vorrebbe diventare madre.

## STILI DI VITA

“Colpa” di troppo cibo (obesità e bulimia), anoressia ed overdose di sport per scolpire il corpo. Eccessi che, dai 15 ai 20 anni, arrivano a far interrompere il ciclo. Di fatto compromettendo in un modo importante la gravidanza anche in età adulta. Ad emergere, in questi ultimi anni, è anche un altro disturbo in grado di ostacolare la maternità: l'ovaio policistico. Legato all'aumento di peso e, sempre, all'irregolarità delle mestruazioni.

Almeno il 15% delle teenager oggi sarebbe colpito da questi problemi. A sottolineare il peso di questa patologia, che rischia di avere conseguenze anche serie, è Andrea Genazzani, presidente del congresso della Società internazionale di ginecologia endocrinologica. «Si tratta - spiega lo specialista - di un nuovo disturbo in crescita tra le giovani nella fase post-adolescenziale, ovvero nell'arco di età tra i 16 ed i 25 anni: le cause principali sono di tipo socio-ambientale, a partire dall'eccesso di attività fisica e le diete drastiche, con la conseguenza di un marcato dimagrimento».

## LA TERAPIA

Uno sguardo al passato. A quando diventavano madri a 16-18 anni. «Partorire così presto - aggiunge - faceva sì che molte neppure si rendevano conto di avere un utero con le cisti. Queste, con la gravidanza scompaiono. Ora, invece, complice anche l'alimen-



tazione carica di carboidrati e zuccheri l'età avanzata in cui si arriva ad avere il primo figlio causa una recrudescenza della patologia dell'utero policistico». Un disturbo che dilaga, Guarire è però possibile, bisogna ricorrere ai farmaci per riportare l'equilibrio spezzato. «Queste teenager - spiega Genazzani - vengono sottoposte ad una terapia ormonale sostitutiva mirata a facilitare la ripresa funzionale a livello ormonale, ma è fondamentale che la terapia sia personalizzata ed anche affiancata da un supporto psicologico».

Giovanissime in difficoltà e donne in menopausa che, in minima parte, si affidano alle cure ormonali. L'8% delle italiane. La scarsa prescrizione è dovuta soprattutto alla scarsa conoscenza. A Firenze gli specialisti internazionali confronteranno i dati sullo stato di salute delle pazienti che si affidano al farmaco e quelle che lo evitano. I primi risultati darebbero, per quelle che dicono sì alla terapia, una maggiore copertura cardiovascolare. «Oggi si punta su prescrizioni a bassi dosaggi e con meccanismi d'azioni selettivi in grado, comunque, di proteggere dalle vampate, dall'osteoporosi e dai danni al cuore e dal rischio tumore come il farmaco, Duavive, che verrà lanciato a breve - fa sapere Rossella Nappi professore di Clinica ostetrica e ginecologica dell'università di Pavia - . La strada del futuro è quella di terapia con soli estrogeni, associate a molecole in grado di tutelare la donna da neoplasie».

**Ester Maria Lorido**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I numeri

# 40%

dei casi di disturbi alimentari si rivelano tra i 15 e i 20 anni

# 2 mln

i giovani che nel nostro paese soffrono di disturbi alimentari



# 45%

dei giovani pazienti, soprattutto femmine, accetta di farsi curare

# 10%

delle donne italiane, in particolare al Sud, sono obese e obese gravi

ALLARME CANCRO DOPO LA SENTENZA AMERICANA

# Il talco è assolto

È SCOPPIATA L'ENNESIMA PAURA: LA FAMOSA POLVERE IGIENICA POTREBBE CAUSARE IL TUMORE ALLE OVAIE. MA GLI ESPERTI CI TRANQUILLIZZANO: SONO TIMORI DEL PASSATO

di Vera Martinella

**È** arrivata la "solita" sentenza di un tribunale che ha allarmato mezzo mondo. Una giuria dello Stato del Missouri ha infatti condannato la multinazionale statunitense Johnson&Johnson a pagare 72 milioni di dollari (oltre 65 milioni di euro) alla famiglia di una donna morta di tumore all'ovaio. Causa presunta del decesso: l'uso protratto per oltre 35 anni di due prodotti della società a base di talco (ovvero: *Baby Powder* e *Shower to Shower*). Precisiamo che la faccenda legale è ancora agli inizi: la multinazionale ha respinto le accuse e sta valutando un possibile appello, precisando che «la sentenza va contro decenni di evidenze scientifiche che dimostrano la sicurezza del talco come ingrediente cosmetico in moltissimi prodotti». E in effetti, oggi questo dice la scienza: non ci sono prove che il talco, contenuto in numerosi prodotti cosmetici come quelli per l'igiene femminile e le polveri per bambini, possa provocare il cancro. Innanzitutto è bene chiarire che il

talco è una polvere minerale estratta in natura e composta di magnesio, silicio, ossigeno e idrogeno. Giusto per chiarirsi le idee, il borotalco è un'altra cosa e fa riferimento a un unico prodotto, confezionato nel noto barattolo verde, inventato nel 1878 a Firenze dal farmacista Sir Henry Roberts. Si tratta sempre di una polvere da applicare sulla pelle, composta però da due diversi minerali: l'acido bórico, con funzione lenitiva e antisettica, e il talco, scelto per le sue proprietà antitraspiranti, assorbenti e sbiancanti. Tornando a quest'ultimo, nella sua forma naturale il talco contiene anche l'asbesto (amianto), un minerale cancerogeno. Le caratteristiche chimiche del talco sono tali da renderlo

ottimo per vari usi: serve nella lavorazione delle materie plastiche e come patina nell'industria della carta; viene adoperato nella preparazione di pitture, vernici e stucchi nonché nella cosmesi, nelle note polveri, ma anche per rendere setoso il fard da applicare sul viso, così come la cipria e gli ombretti, in molte creme fondotinta. Viene pure aggiunto in diversi saponi per migliorarne la morbidezza. Infine è impiegato come eccipiente in prodotti farmaceutici.

## SOTTO CONTROLLO

«Prima degli anni Settanta, i prodotti a base di talco usati nella cosmesi contenevano un maggior numero di impurità ed erano spesso contaminati da fibre di amianto», spiega Paolo Scollo, presidente della Società italiana di Ginecologia e Ostetricia. «Ma oggi devono esserne privi per legge. Il rischio di cancro ovarico, provocato dai residui di amianto frutto della lavorazione del talco, è molto raro e conosciuto da tempo dalla comunità scientifica. Ma visto che gli attuali prodotti in commercio non possono



Il professor **Paolo Scollo**, presidente della Società italiana di Ginecologia e Ostetricia.

11, 12 e 13 marzo 2016: tornano le Uova di Pasqua dell'Associazione italiana contro le leucemie, i linfomi e il mieloma ([www.ail.it](http://www.ail.it))



contenere amianto è un pericolo che appartiene ormai al passato».

Il talco, comunque, è nel mirino da parecchi anni: l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (lo Iarc di Liona) lo ha classificato, a titolo precauzionale, già nel 2006 fra i possibili elementi cancerogeni (Gruppo 3).

«La valutazione dello Iarc ha considerato tutte le potenziali esposizioni alla sostanza: industriale e nelle miniere, e pure quella cosmetica. Alla fine, si è deciso di collocare il talco fra i *possibili* cancerogeni. Non fra quelli per cui è certo il rischio di cancro, come le carni lavorate, catalogate nell'ottobre del 2015 nello stesso Gruppo di pericolosità del fumo, dell'alcol e del benzene. E neppure tra le probabili cause di tumore, come le carni rosse». Si pensa che le particelle possano raggiungere le ovaie «e causare qui un'inflammatione "di basso livello", che però, prolungata nel tempo, potrebbe aumentare il rischio di tumore». Ma i dati attuali, rimarca Scollo, lo hanno escluso: non ci sono prove sufficienti a sostegno di questa ipotesi. ●

#### SOSPETTI

Sopra, un bebè cosparso di talco. Nella sentenza statunitense che ha risarcito la famiglia di una donna deceduta di cancro alle ovaie per aver usato il talco, è stato chiamato in causa il Baby Talco (nella foto sotto). Ma alla prova dei fatti, nessuno studio ha mai accertato questo legame.

