



RASSEGNA STAMPA

15/03/2016

1. ANSA Per 80% malati tumore il racconto è cura, nuova rubrica ansa.it
2. TEMPO Nuova rubrica dell'Ansa «Si può vincere»
3. TEMPO La Regione ha dimenticato il «Registro dei tumori»
4. CORRIERE.IT Tumori: problemi economici per il 30% degli americani sopravvissuti
5. ANSA Tumori: nuovo nanofarmaco cura cancro metastatico in topi
6. GIORNO - CARLINO - NAZIONE «Farmaco scaccia metastasi» Scoperta di un italiano a Houston
7. REPUBBLICA C'è un laboratorio che scorre nelle vene
8. IL FATTO QUOTIDIANO "Scomunicato" il prete anti-tumori
9. SOLE 24 ORE SANITA' Nel ranking Ue redditi in coda - Italia, la spesa Ssn in coda Ue
10. QUOTIDIANO SANITÀ Lotta agli sprechi. Alla Camera il ddl sulla donazione dei prodotti alimentari e farmaceutici
11. ASKA NEWS Primo isolamento a Padova del virus Zika dalla saliva
12. CORRIERE DEL VENETO Zika, isolato il virus anche nella saliva
13. SOLE 24 ORE SANITA' Intervista a Beatrice Lorenzin - Sindacati-Governo, 60 giorni di pace - Beatrice Lorenzin e l'elogio della «condivisione»
14. REPUBBLICA Caccia la fungo l'epidemia è nascosta
15. REPUBBLICA Per far vaccinare la gente bisogna mostrare i morti in tv
16. AVVENIRE Napoli. Donna morta in ospedale, il ministero invia ispettori
17. STAMPA Corte europea, gli infermieri senza contratto fanno ricorso
18. REPUBBLICA "Ragazze, qui potete guarire" L'ultima sfida all'anoressia

ANSA

15-03-2016

Lettori
137.040

<http://www.ansa.it>

Per 80% malati tumore il racconto e' cura, nuova rubrica ansa.it

In collaborazione con oncologi Aiom uno spazio di testimonianze



Per 80% malati

tumore il racconto cura,nuova rubrica ansa.it

La scrittura aiuta a vincere paure e pregiudizi fino a rappresentare una vera e propria terapia per l'81% dei malati. È quanto emerge dal sondaggio su 150 pazienti condotto dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) che sarà presentato martedì 15 al Roma al Ministero della Salute con l'intervento del Ministro Beatrice Lorenzin.

Proprio alla medicina narrativa è dedicata "Si può vincere", una nuova rubrica del canale Salute&Benessere di ansa.it (www.ansa.it/saluteebenessere), in collaborazione con l'Aiom. "Dobbiamo utilizzare tutti gli strumenti della comunicazione per battere lo stigma - spiega il presidente degli oncologi

Carmine Pinto - che è ancora legato alla patologia". Uno degli obiettivi è informare e combattere lo stigma che circonda ancora questa malattia. In Italia vi sono quasi due milioni di cittadini che hanno sconfitto il tumore e che devono essere considerati persone guarite a tutti gli effetti. Per questo rivendicano il diritto di tornare a una vita 'come prima'.

GUARDA LA RUBRICA

ANSA+ 7 giorni prima

Salute&Benessere

NEWS | SPECIALI ED EVENTI | VIDEO | PROFESSIONAL | SALUTE BAMBINI | 65+

Sanità | Medicina | Associazioni | Alimentazione | Estetica | Stili di vita | Terme e Spa | **Si può vincere**

ANSA+ Salute e Benessere » **Si può vincere**

Giacomo, ho avuto un tumore e l'ho sconfitto, il bicchiere è sempre mezzo pieno

La mia battaglia contro l'osteosarcoma, oggi la mia vita è migliore

14 marzo, 12:12

[G+](#) [Twitter](#) [Consegna](#) [38](#)

[Stile](#) [Stampa](#) [Invi](#) [Scrivi alla redazione](#) [Segui](#)



1 di 1

I PAZIENTI RACCONTANO

Stefania, oggi insegno e penso ai miei studenti
Ma per molti anni ho pensato solo alla mia malattia, l'osteosarcoma

Nicoletta, ho vinto contro tumore al seno e ora combatto per mio figlio
La mia battaglia per due, e non abbasso per lo sguardo

Paola, il melanoma non mi ha tolto energia e voglia di vivere
Tutto iniziò in una giornata di sole, oggi la mia vita è come prima

[VAI ALLA RUBRICA](#)

I VIDEO DI AIOM

Spot Aiom con Milly Carlucci
27 ottobre, 15:31

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

Lotta ai tumori

Nuova rubrica dell'Ansa «Si può vincere»

■ **ROMA** La scrittura come terapia di sollievo per i malati di cancro. «Dobbiamo utilizzare tutti gli strumenti della comunicazione per battere lo stigma che è ancora legato alla patologia», afferma il prof. Pinto, presidente Aiom: «L'81% dei pazienti ritiene che la scrittura sia una forma di terapia». Una relazione di fiducia che ha chiare conseguenze, visto che il 68% dei malati ha acquisito maggiore consapevolezza. Proprio alla medicina narrativa è dedicata "Si può vincere", una nuova rubrica del canale Salute&Benessere di ansa.it (www.ansa.it/saluteebenessere), realizzata in collaborazione con Aiom, che sarà presentata oggi alle 11.30 all'auditorium del [Ministero della Salute](#), in lungotevere Ripa 1.



Oncologia Andava approvato in 90 giorni. Sono passati 10 mesi

La Regione ha dimenticato il «Registro dei tumori»

■ Dieci mesi dopo l'approvazione della legge regionale, il Registro tumori della popolazione del Lazio figura ancora nella casella assente. L'azione di raccolta, elaborazione e registrazione dei dati statistici completi (e validati scientificamente) su incidenza, prevalenza e sopravvivenza dei casi di tumore tra la popolazione regionale, infatti, ancora non parte, nonostante l'approvazione unanime della legge istitutiva risalente al 20 maggio scorso.

La proposta di regolamento, che deve definire modalità operative e tempistica (doveva essere approvata entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge), è stata inviata nell'ottobre scorso dal Dipartimento Epidemiologico del Lazio alla direzione regionale, ma ancora non viene ratificata per il passaggio successivo, con il previsto vaglio finale del Garante della Privacy. Uno strumento atteso, anche perché consentirà interventi mirati di prevenzione primaria e l'attivazione di campagne di diagnosi precoce e screening oncologici, oltre che, come recita il testo della legge, «valutare meglio l'appropriatezza dei trattamenti terapeutici in oncologia, rilevando eventuali differenze nell'accesso alle cure erogate, in relazione alle condizioni socio-economiche del paziente oncologico, nonché all'area geografica di provenienza». Il report «I numeri del cancro in Italia 2015», l'ultimo censimento condotto da Aiom, l'Associazione italiana di Oncologia medica, e Airtum, l'Associazione italiana registri tumori, ha evidenziato che lo scorso anno sono stati diagnosticati in Italia poco più di 363.000 nuovi casi di tumore maligno, 194mila dei quali negli uomini e circa 169mila nelle donne, mentre i decessi sono stati circa 180mila. Nel Lazio le «numerosità indicative relative ai casi incidenti nel 2014» hanno fatto registrare 6.340 tumori alla mammella, 6.011 al colon retto, 5020 alla prostata, 4.200 al polmone, 1.900 melanomi e 1.400 allo stomaco. E al Lazio viene attribuito il record italiano di tabagisti: «Attualmente la prevalenza di fumatori - quantifica il Report di Aiom e Airtum - sembra più uniforme con il valore più elevato nella Lazio».

Ant. Sbr.



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

Tumori: problemi economici per il 30% degli americani sopravvissuti

Molti costretti a posticipare visite o a sospendere farmaci. Le spese pro capite sono stimate da 1.730 a 4.727 dollari l'anno a seconda del contratto di assicurazione



Una strada in salita negli Stati Uniti per chi sopravvive al cancro. Molti ex pazienti, 3 americani su 10 vanno incontro a problemi economici e spesso anche mentali, dovuti agli altissimi costi necessari per far fronte agli oneri finanziari che si presentano dopo la guarigione o la sopravvivenza a un tumore .

L'1,5% si dichiara in bancarotta

Lo dimostra uno studio pubblicato su *Cancer*, che mostra come le enormi *spese out of pocket*, ovvero di tasca propria, spingono molti pazienti a posticipare o sospendere visite di controllo, analisi e addirittura farmaci. Nel gennaio del 2014, ci sono stati circa 14,5 milioni di sopravvissuti al cancro negli Stati Uniti. Ma, insieme alle aspettative di vita, salgono anche le spese, stimate da 1.730 a 4.727 dollari l'anno a seconda del contratto di assicurazione. A partire da questi numeri, Hrishikesh Kale e colleghi della *Virginia Commonwealth University School of Pharmacy* a Richmond, hanno analizzato le spese mediche a partire dal 2011 per 19,6 milioni di sopravvissuti. Da interviste effettuate risulta che il 29% dei sopravvissuti ha sperimentato almeno un problema finanziario derivante dalla diagnosi di cancro, il 21% era preoccupato di pagare spese mediche di grandi dimensioni, l'11,5% non era in grado di pagare le visite, il 7,6% aveva preso in prestito denaro o contratto debiti, l'1,5% si dichiarava in bancarotta e l'8,6% aveva fatto altri sacrifici finanziari. Difficoltà finanziarie che sono state associate con una riduzione di salute fisica e maggiore probabilità di depressione e disagio psicologico.

<http://www.ansa.it>

Tumori: nuovo nanofarmaco cura cancro metastatico in topi

Ferrari (Houston Research Institute), risultati sbalorditivi

(ANSA) - ROMA, 14 MAR - Messo a punto un nuovo nanofarmaco che si dimostra capace di curare completamente le metastasi polmonari ed al fegato in modelli animali, ovvero in topi con tumore al seno. Circa il 50% delle cavie raggiunge infatti la completa guarigione, con un equivalente umano di oltre vent'anni di vita senza evidenza di tumore residuo. La scoperta, pubblicata sulla rivista Nature Biotechnology, è frutto del lavoro di un team di ricercatori dello Houston Methodist Research Institute.

"Un risultato importantissimo - afferma all'ANSA Mauro Ferrari, presidente del Methodist Institute e primo autore dello studio - alla luce del fatto che non ci sono terapie attualmente disponibili per i tumori metastatici, di origine mammaria o di qualsiasi altra origine". L'obiettivo è iniziare i test sull'uomo nel 2017: "Non farei mai promesse eccessive alle migliaia di malati di cancro, ma i risultati sono sbalorditivi - ha affermato Ferrari -. Stiamo parlando infatti della possibilità di arrivare alla cura dei tumori metastatici".



LE BUONE NOTIZIE



«Farmaco scaccia metastasi» Scoperta di un italiano a Houston

Un nanofarmaco si dimostra capace di cancellare completamente le metastasi al polmone e al fegato in modelli animali con tumore. La scoperta, pubblicata sulla rivista Nature Biotechnology, è frutto del lavoro di un team del Methodist Research Institute di Houston, Texas, diretto dall'italiano Mauro Ferrari (nella foto).



Il summit. Malattie fatali 50 anni fa, oggi trattabili. L'ematologia è il banco di prova dei farmaci anticancro, la prima linea dei loro successi. Oggi è a un crocevia. E deve scegliere dove andare. 40 opinion leader delineano i nuovi traguardi della scienza

C'è un laboratorio che scorre nelle vene

Dall'epigenomica alle cellule staminali: da dove verranno le cure che azzereranno il male?

PIER GIUSEPPE PELICCI*

L'EMATOLOGIA È da sempre il laboratorio d'innovazione per tutta l'oncologia. È nei tumori del sangue che sono stati sperimentati il primo trattamento di chemioterapia (1950), la prima polichemioterapia (1960), il primo trapianto di midollo (1970), i primi farmaci molecolari (fine anni 90). Con risultati clinici straordinari. Leucemie, linfomi e mielomi erano malattie invariabilmente fatali. A distanza di 50 anni, la maggior parte dei pazienti ha una sopravvivenza superiore a 5 anni e molti guariscono. L'utilizzo delle chemioterapia e dei farmaci molecolari si è poi esteso anche ad altri tipi di tumore, con risultati incoraggianti. Oggi l'ematologia si pone due nuovi obiettivi: il primo è la guarigione di tutti i pazienti, anche nelle forme ancora poco sensibili alle terapie, e il secondo è la guarigione senza chemioterapia. Se pur ambiziosi, questi progetti non sono fuori luogo. Un esempio, la leucemia acuta promielocitica, rara forma di leucemia mieloide: nel 1973, il 20% dei pazienti guariva con la chemioterapia; nel 1993, guariva il 90% grazie al primo farmaco molecolare (l'acido retinoico) utilizzato in combinazione con la chemioterapia; infine, nel 2013, è il 95% dei pazienti a guarire grazie all'acido retinoico in combinazione con un altro farmaco molecolare, l'arsenato, senza chemioterapia. Tutte ricerche italiane.

Gli scienziati hanno prima compreso quali fossero le cause della leucemia promielocitica (quali geni e quali proteine sono alterate), e poi hanno disegnato farmaci contro quelle proteine anomale (molecolari). Il problema è che questo percorso non è avvenuto allo stesso tempo per tutti gli altri tumori del sangue, e molti restano senza cura. Perché ogni tipo di tumore è una storia a sé. Ha le sue alterazioni genomiche, e ha bisogno dei suoi farmaci. È quindi una questione di tempo, quello necessario a cercare le combinazioni giuste. Ma conosciamo la strada da percorrere. C'è bisogno, però, di una task force che ci permetta

di farlo il più efficacemente e rapidamente possibile. La comunità scientifica s'interroga sulle priorità della ricerca: la genomica (come estendere l'analisi del genoma a tutti i pazienti, come meglio interpretare i dati per scegliere i farmaci giusti, come orientare la ricerca di nuovi farmaci); l'epigenomica, quel complesso di modificazioni del DNA indotte dall'ambiente (come integrarla con la genomica e identificare nuovi farmaci); le terapie immunologiche (quali anticorpi costruire; come armare i nostri linfociti contro i tumori); le cellule staminali (come coltivarle, e usarle nei trapianti); quali trattamenti per i pazienti anziani, che sono in continuo aumento e necessitano di terapie specifiche. È indispensabile un'agenda per stabilire le priorità della ricerca, nella quale possano convergere scienziati, medici, agenzie, industria, politica e i pazienti stessi. Ma saremo in grado di garantire a tutti i pazienti i nuovi trattamenti, che hanno costi molto alti? Sinora, in Italia e in alcuni paesi europei, è stato possibile: una grande conquista. Ma con la scoperta di nuovi trattamenti i costi sono destinati ad aumentare, e occorre una strategia. C'è bisogno che tutte le fasi che conducono alla scoperta di un nuovo trattamento vengano riviste e razionalizzate: la ricerca fondamentale, lo sviluppo dei farmaci, la sperimentazione clinica. C'è bisogno che la ricerca accademica e quella industriale trovino nuove forme di collaborazione, e che le regole per l'approvazione dei nuovi farmaci si adattino ai nuovi approcci. E sempre più i pazienti e i cittadini dovranno essere coinvolti nelle scelte. Ma la strada imboccata è senza ritorno. In questo momento le nuove terapie sono un costo addizionale. Ma se arriveremo a terapie curative per la maggior parte dei tumori, i costi caleranno. I nostri sistemi sanitari hanno la responsabilità di gestire questa fase transitoria, con la consapevolezza che in gioco c'è il mantenimento di un modello straordinario di salute pubblica, e che la strada è quella giusta.

*direttore Ricerca scientifica
Istituto Europeo di Oncologia, Milano*

RIPRODUZIONE RISERVATA



Leucemie

Famiglia di tumori delle cellule del sangue di cui soffrono oltre 50 mila italiani. La sopravvivenza è salita dal 1990 a oggi di oltre il 7 %

Linfomi

Gruppo di tumori dei linfociti. I più diffusi sono quello di Hodgkin e non Hodgkin. Ne soffrono circa 150 mila italiani

Mieloma

È un tumore delle cellule del sistema immunitario presenti nel midollo osseo. La sopravvivenza dal 1990 a oggi è salita di più del 12%

Pediatriche

Le leucemie sono i cancro più diffusi tra i bambini. In Italia ogni anno se ne ammala circa 5 su 100.000 abitanti. Più del 70 % guarisce



La risposta è nel Dna

I progressi nelle tecniche di sequenziamento del genoma hanno permesso di scoprire piccole alterazioni del Dna associate a caratteristiche della malattia o all'esito della cura. La scoperta – presentata nel corso del congresso americano Ash – è particolarmente importante perché consente di arrivare a terapie su misura e, nello stesso tempo, alla correzione della mutazione genica. Due studi hanno dimostrato come alcune mutazioni geniche in bambini con leucemia linfoblastica acuta (LLA) indichino un rischio più alto di danno osseo associato alla chemioterapia. Un altro studio ha invece esaminato la possibilità di utilizzare l'analisi genetica in tempo reale per personalizzare il tipo di chemioterapia in bambini con leucemia linfoblastica acuta di tipo B (LLA-B). «Abbiamo migliaia di piccole varianti nel nostro genoma – ha spiegato Wendy Stock, direttore del programma Leucemia all'università di Chicago – alcune delle quali possono predisporre a una maggiore tossicità ad un farmaco o alterare la risposta ad un trattamento specifico. Identificare queste variabili genetiche utilizzando il sequenziamento del Dna consente di aiutare a predire quali pazienti possono essere a rischio per un evento avverso correlato al trattamento. La ricerca dà nuove informazioni sui fattori specifici di rischio genetico che potrebbero portare ad approcci terapeutici personalizzati per migliorare la prognosi di bambini con malattie devastanti».

e. n.



Personal blood

Una persona ogni tre minuti. È il ritmo con cui oggi nei paesi ad alto tasso di invecchiamento, come l'Italia, ci si ammala di un tumore del sangue. E l'incidenza è destinata ad aumentare nei prossimi 35 anni: linfomi, leucemie e mielomi – che già occupano il quarto posto tra tutte le neoplasie per numero di casi e mortalità – potrebbero essere tra i big killer del 2050. Per farvi fronte, l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano ha chiamato a raccolta i 40 migliori scienziati a livello internazionale nel campo della onco-ematologia, che si sono riuniti dal 9 al 12 marzo per il simposio "Hematological Malignancies, from mechanism to therapy". La strada da battere – è emerso dal simposio – è quella dell'identikit molecolare e genetico dei tumori: è necessario arrivare a conoscerli nel dettaglio e classificarli, in modo da potere associare ciascun tipo e sottotipo tumorale a uno specifico difetto genetico. Il passo successivo sarà mettere a punto farmaci "super-mirati". Anche per contenere i costi esorbitanti di queste terapie, bisognerà somministrarli solo a chi ne trarrà realmente beneficio. Secondo un articolo pubblicato su *Nature Reviews Drug Discovery*, infatti, nei prossimi 10 anni la spesa farmacologica per i linfomi e i mielomi sarà pari a quella sostenuta oggi per i tumori di seno, prostata e colon messi insieme. La strada per la sostenibilità, come quella per la cura, sembra passare proprio per la genomica.

letizia qabaglio

SICILIA

Contro il petrolchimico Ultimatum del vescovo a don Prisutto: "Se ne vada entro oggi"

"Scomunicato" il prete anti-tumori



L'omelia

Da due anni
ogni fine mese
legge in chiesa
l'elenco dei morti
di cancro. E non
tutti gradiscono

» GIUSEPPE LO BIANCO

Augusta (Siracusa)

Il vescovo lo vuole cacciare, lui, don Palmiro Prisutto, risponde per iscritto: "Eccellenza, non mi dimetto", e incassa la solidarietà del sindaco, Cettina Di Pietro del M5S, di centinaia di cittadini che dopo avere aperto gruppi di sostegno su Facebook hanno organizzato domenica un *flash mob* davanti la Chiesa Madre e persino gli attestati di collaborazione del procuratore della Repubblica, Francesco Paolo Giordano: "Grazie a lui abbiamo avviato numerose indagini tuttora in corso". Il "Vangelo dalla Terra dei fuochi" di Padre Maurizio Patriciello fa proseliti ad Augusta (Siracusa), polo petrolchimico inquinato dagli scarichi di 18 aziende dove da due anni un sacerdote, il 28 di ogni mese, elenca in chiesa i nomi dei cittadini morti per carcinoma ai polmoni, prima negati e poi sussurrati dalle famiglie, preoccupate di proteggere i parenti che ancora lavorano nelle aziende inquinanti.

LO HA SCOPERTO parlando con gli impresari di pompe funebri ("Nove funerali su undici, mi dicevano, sono per morti di cancro") e così padre Prisutto ha cominciato a elencare quei nomi in chiesa il 28 febbraio di due anni fa: professioni, patologie, data della morte,

e in poche settimane quell'elenco si è trasformato in un rosario di 200, 400, 800 nomi, diventando il vessillo di una battaglia anti tumore condotta all'ombra di una parola che il sacerdote non ha paura a pronunciare: "Genocidio".

Ora il vescovo lo vuole cacciare, ufficialmente per non avere saputo tenere i rapporti con le confraternite locali, che gli rimproverano l'eccessivo attivismo ambientale a discapito di un'attenzione spirituale nei loro confronti.

Ma ad Augusta le bocche sono cucite. E per comprendere la richiesta di dimissioni del vescovo Salvatore Pappalardo, che in un primo tempo aveva sostenuto la battaglia con una *p a s t o r a l e* sull'ambiente, bisogna cercare nel voluminoso carteggio tra il presule e il prete, a cui è stato intimato di andarsene via "entro cinque giorni" che scadono oggi. Don Prisutto non ha alcuna intenzione di mollare e, forte dell'appoggio

dei cittadini, l'altro ieri sera ha riunito in chiesa tutte le confraternite offrendo loro il ramoscello d'ulivo: "La messa è soprattutto atto di riconciliazione - ha detto - alla fine andremo in pace? Oggi stesso dallo scambio del segno di pace capirò". Ma nessuno degli esponenti delle confraternite ha allungato la mano verso l'Arciprete in segno di pace.



Nel ranking Ue redditi in coda

Analisi sui bilanci della sanità pubblica dal 2000 nei Paesi dell'Europa a 15. Italia agli ultimi posti per la spesa sanitaria e per i redditi dei dipendenti.

QUIRINO A PAG. 2-3

L'ANALISI/ Andamento dei conti e bilanci in Europa prima, durante e dopo la grande gelata

Italia, la spesa Ssn in coda Ue

Peggio solo Grecia, Portogallo, Spagna e Irlanda - Il crollo dei redditi

DI NICOLA QUIRINO *

Nel periodo che precede lo scoppio della crisi internazionale del 2008, la spesa pubblica per la tutela della salute si è accresciuta, nella generalità dei Paesi europei, a un ritmo molto sostenuto, tanto da risultare - assieme ai trattamenti pensionistici - una delle grandezze più dinamiche del conto consolidato della Pa. Nel periodo successivo, per effetto delle incisive misure di consolidamento fiscale, tale spesa ha evidenziato un netto rallentamento (e in alcuni casi un apprezzabile contrazione), rimanendo così pressoché invariata la sua incidenza sul prodotto lordo.

A sostegno di ciò, basti esaminare i dati delle serie storiche elaborate da Eurostat secondo gli schemi della classificazione internazionale Cofog (Classification of the functions of government), nella quale la spesa sanitaria pubblica viene ripartita in sei grandi categorie omogenee: prodotti farmaceutici e attrezzature terapeutiche, servizi medici e paramedici, prestazioni ospedaliere, prevenzione e profilassi, ricerca e sviluppo, amministrazione e programmazione. Ebbene, dalla lettura di questi dati si rileva anzitutto che, nel periodo compreso tra il 2000 e il 2008, la spesa sanitaria pubblica a prezzi correnti è lievitata in media nella Ue-15 del 5,2% all'anno (contro il +8,2% degli Stati Uniti).

A livello territoriale si è però riscontrata una significativa variabilità di andamento, tenuto conto che il tasso medio annuo di crescita della spesa è risultato:

- superiore al 9% in Grecia,

Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi e Spagna;

- compreso tra il 6 e il 7% in Belgio, Danimarca, Finlandia, Italia e Portogallo;
- compreso tra il 4 e il 5% in Austria, Francia, Regno Unito e Svezia;
- e inferiore al 3% in Germania.

Nonostante l'ampia variabilità territoriale, si tratta in ogni caso di un'accelerazione molto pronunciata, soprattutto perché registrata in una fase di moderate spinte inflazionistiche e salariali nonché in presenza di alcuni interventi volti a stabilizzare il rapporto tra la spesa sanitaria pubblica e il Pil. Rapporto che nel periodo in esame è lievitato nella Ue-15 di circa un punto, portandosi nel 2008 oltre la soglia del 7 per cento.

Per quanto riguarda più in particolare le spese di funzionamento delle strutture sanitarie pubbliche (cioè quelle per il personale e per i beni e servizi), si tenga anzitutto presente che nel periodo in esame, sempre secondo i dati di fonte Eurostat, l'andamento dei redditi da lavoro dipendente è risultato nella Ue-15 un po' più moderato di quello della spesa totale per l'assistenza. In termini monetari, infatti, i redditi da lavoro (calcolati al lordo delle ritenute fiscali e parafiscali) hanno segnato un incremento medio annuo del 9,1% in Spagna, del 4,4% in Italia, del 4,3% nel Regno Unito, del 3,6% in Francia e dell'1,2% in Germania.

Redditi da lavoro. Molto più accentuata di quella dei redditi da lavoro è apparsa l'evoluzione dei consumi intermedi - cioè degli acquisti di beni e servizi (sanitari e non sanitari) effettuati dalle struttu-



re pubbliche per l'assistenza diretta -, avendo segnato tale aggregato nella Ue-15 un tasso medio annuo di crescita di poco inferiore al 7,5 per cento. Anche in questo caso però è emersa una notevole variabilità, essendosi posizionato tale tasso su valori superiori all'8% in Spagna e Italia (rispettivamente 11 e 8,8%) e su valori inferiori al 6% in Francia e Germania (rispettivamente 5,7 e 3,8%). Naturalmente, tale variabilità riflette in parte il diverso andamento dei prezzi nell'ambito del public procurement. In Italia in particolare, nel periodo 2000-2008, i prezzi dei beni e servizi intermedi acquistati dagli enti sanitari sono aumentati (secondo i dati di contabilità nazionale) del 4,6% all'anno, contro il +2,6% registrato dal deflatore del Pil. A questo risultato hanno contribuito in misura preponderante i rincari dei servizi non sanitari - molti dei quali esternalizzati proprio per contenere i costi - (forniture energetiche, servizi di pulizia e lavanderia, somministrazione dei pasti, riparazioni ecc.).

Non è da escludere che la corsa dei consumi intermedi in Italia e Spagna possa essere anche una conseguenza del decentramento delle funzioni in materia di tutela della salute. Perché tale decentramento renderebbe più difficile il perseguimento degli obiettivi di bilancio, produrrebbe un eccesso di capacità produttiva e favorirebbe la diffusione di comportamenti poco virtuosi (cfr. Oecd, Fiscal sustainability of health systems, 2015). Se si tiene conto di ciò, non sorprende allora che nei Paesi scandinavi la sanità pubblica, da sempre fondata su un'ampia devoluzione dei poteri decisionali, sia stata di recente assoggetta a incisivi processi di riforma volti ad accrescere le competenze delle amministrazioni centrali e ad ampliare la dimensione operativa degli enti locali.

Alla sensibile accelerazione della spesa sanitaria pubblica hanno contribuito la generalità dei beni e servizi destinati alla protezione della salute, tenuto conto che, nel periodo 2000-2008, la spesa per i servizi medici e paramedici è aumentata nella Ue-15 del 7,2% all'anno, quella per la prevenzione e profilassi del 6,5%, quella per i farmaci e i dispositivi medici del 5,1% e quella per le prestazioni ospedaliere del 4,6 per cento.

Se si prescindono dai fattori di

ordine congiunturale, due sono le principali forze che, assieme allo sviluppo economico, tendono a sospingere la spesa assistenziale: 1) il progressivo invecchiamento della popolazione, determinato dalla caduta del tasso di natalità e dall'allungamento della durata della vita media; 2) l'avanzamento delle conoscenze nel campo della medicina, che, com'è noto, comporta spesso l'introduzione di tecnologie, processi e prodotti sempre più sofisticati e costosi.

L'invecchiamento. La stretta correlazione che sussiste tra il processo d'invecchiamento demografico e la spesa sanitaria trova una puntuale conferma nei dati dell'evidenza empirica. Dalla lettura di questi dati emerge, infatti, che tale spesa ha un andamento simile a quello di una curva a forma di "J": essa risulta cioè abbastanza elevata nei primi stadi di vita, quando maggiore è la domanda di assistenza; si riduce gradatamente nel corso dell'adolescenza, fino a toccare un valore minimo attorno ai 10 anni; e mostra poi una sensibile accelerazione nelle classi di età più avanzate e soprattutto nel periodo precedente il decesso, data l'elevata incidenza dei cosiddetti death-related costs.

Secondo le elaborazioni dell'Oecd, nei Paesi europei gli anziani (ossia le persone con almeno 65 anni di età), pur rappresentando il 20% della popolazione, assorbono circa il 60% della spesa sanitaria. Un'incidenza così elevata si spiega se si considera che il processo d'invecchiamento, oltre ad alimentare di per sé una maggiore domanda di salute, sta anche alla base della transizione epidemiologica, ossia della crescente incidenza delle malattie cronico-degenerative (cardiopatie, tumori, artropatie, Parkinson ecc.).

In genere, si tratta di malattie che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente, che comportano un progressivo deterioramento delle funzioni vitali e che necessitano di cure costose e continuative. Per tali malattie, inoltre, non sempre l'ospedalizzazione costituisce la risposta terapeutica più appropriata, potendosi ottenere spesso maggiori benefici - in termini di miglioramento del quadro clinico e prevenzione delle complicanze - dall'integrazione sul territorio delle attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative con quelle di carattere più propriamente sociale.

Come si è già detto, il secondo fattore che contribuisce a spiegare la lievitazione delle spese assistenziali è il progresso scientifico e tecnologico. In campo medico, infatti, le innovazioni di prodotto creano spesso una domanda aggiuntiva (supply creates its own demand); mentre le innovazioni di processo, realizzate con l'introduzione di nuovi macchinari e attrezzature, non comportano mai una piena automazione delle attività assistenziali, tenuto conto che queste si configurano come attività ad alta intensità di lavoro. Si noti inoltre che, in diversi casi, l'avanzamento delle conoscenze nel campo della medicina si traduce in modesti miglioramenti terapeutici realizzati a costi sempre più elevati. Emblematico in tale contesto è il caso dei farmaci oncologici di ultima generazione, i quali sono così cari da far sorgere molti dubbi sulla loro effettiva sostenibilità da parte del bilancio pubblico, tanto più se si considerano due circostanze. La prima: nel Regno Unito alcuni di questi farmaci non sono più dispensati dal National health service, perché presentano, secondo le autorità britanniche, uno sfavorevole rapporto costi/benefici. La seconda: in un recente studio pubblicato su una prestigiosa rivista scientifica americana è stato stimato che - a parità di benefici in termini di sopravvivenza e dopo aver deflazionato i dati di base - il prezzo medio dei farmaci oncologici immessi sul mercato Usa nel 2013 risulterebbe superiore di 3,8 volte a quello dei farmaci immessi sul mercato nel 1995 (Howard et al., Pricing in the market for anticancer drugs).

Cambio di rotta. Come si è già detto, dopo una prolungata fase di espansione, nel periodo 2009-2013 la spesa sanitaria pubblica ha evidenziato una netta inversione di tendenza, ascrivibile alle misure correttive varate dalla generalità dei partner comunitari. Nella valutazione a prezzi correnti, il tasso medio annuo di crescita della spesa si è ridotto nella Ue-15 di quasi tre punti e mezzo, scendendo sotto la soglia del 2 per cento. Tuttavia, anziché attenuarsi, i divari territoriali si sono ulteriormente ampliati, tenuto conto che la spesa in termini monetari:

- ha accelerato la propria andatura in Germania e soprattutto Svezia;
- è continuata a crescere di oltre il 3,5% all'anno in Bel-

gio, Finlandia, Lussemburgo e Regno Unito;

- ha evidenziato un marcato rallentamento in Austria, Danimarca, Francia e Olanda;
- ha accusato un calo relativamente contenuto in Italia (-0,5% su base annua) e molto pronunciato negli altri Paesi dell'area dell'euro colpiti dalla crisi del debito sovrano, ossia Irlanda (-2,6%), Spagna (-3,6%), Portogallo (-4,7%) e Grecia (-13,1%).

Particolarmente incisivi sono stati i provvedimenti di contenimento dei costi dell'assistenza farmaceutica territoriale, tra i quali vale la pena rammentare: la fissazione di spending caps, l'abbattimento dei margini commerciali, la promozione dei farmaci generici, l'applicazione di sconti obbligatori, la revisione della lista dei farmaci rimborsabili, l'inasprimento delle quote di compartecipazione a carico degli assistiti, e così via. L'insieme di questi provvedimenti - assieme alla scadenza dei brevetti di alcune rinomate specialità medicinali (i cosiddetti blockbuster drugs) - ha determinato un sensibile ridimensionamento della spesa pubblica per l'assistenza farmaceutica territoriale. Dal 2009 al 2013, essa si è infatti complessivamente ridotta nella Ue-15 di quasi l'8% nella valutazioni a prezzi correnti, registrando cali addirittura superiori al 20% in quattro Paesi: Spagna (-21,9%), Danimarca (-29,2%), Grecia (-35,1%) e Portogallo (-36,9%).

Come suffragato dalle elaborazioni effettuate dall'Oecd, mentre le spese per le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere hanno evidenziato una brusca decelerazione (anche per l'attenuazione delle spinte inflazionistiche e il consolidamento della fase di moderazione salariale), quelle per le attività di prevenzione, informazione e profilassi si sono contratte in misura non trascurabile. Il che costituisce un'evidente contraddizione: perché uno dei fattori che, nel lungo periodo, contribuisce a spiegare l'espansione dei costi dell'assistenza è dato proprio dal diffondersi di modelli di consumo e stili di vita che risultano rischiosi per il mantenimento di buone condizioni di salute. Si pensi, ad esempio, agli effetti prodotti dal tabagismo, dalle cattive abitudini alimentari, dalla sedentarietà, dallo stress, ovvero da tutti quei comportamenti che sono per lo più tipici delle società più industrializzate e che determina-

no spesso l'insorgenza di gravi malattie. Non c'è dubbio che tali comportamenti potrebbero essere efficacemente contrastati dal potenziamento dei programmi di prevenzione e di diagnosi precoce nonché dalla diffusione delle campagne di educazione sanitaria. Il problema però è che non di rado le amministrazioni, per far quadrare i conti, investono minori risorse proprio in queste attività, finendo così con l'ottenere nel lungo periodo un risultato diametralmente opposto, cioè: più alti tassi di inappropriata e maggiori costi delle prestazioni. Eppure, le condizioni di salute della popolazione potrebbero migliorare notevolmente se solo vi fosse maggiore consapevolezza dei rischi derivanti dagli errati stili di vita. A sostegno di ciò, basti rilevare che, secondo l'Oms (Global strategy on diet, physical activity and health, 2004), l'incidenza delle patologie cardiovascolari e oncologiche, che costituiscono oggi la principale causa di morte, potrebbe essere ridotta drasticamente grazie a una dieta sana ed equilibrata e a una moderata attività fisica.

* docente di Finanza pubblica
Luiss e Accademia Gdf

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tasso di crescita medio annuo della spesa sanitaria pubblica nei Paesi Ue-15 (%)

Paesi	Dati a prezzi correnti			Dati a prezzi costanti (*)		
	2000-2013	2000-2008	2009-2013	2000-2013	2000-2008	2009-2013
Austria	4,0	4,8	2,8	2,2	2,9	1,2
Belgio	5,4	6,1	3,9	3,5	4,0	2,1
Danimarca	4,9	6,1	1,9	2,6	3,5	-0,1
Finlandia	6,1	7,1	4,4	4,3	5,4	2,3
Francia	4,0	4,7	2,7	2,3	2,5	1,7
Germania	2,9	2,4	3,0	1,7	1,4	1,6
Grecia	1,6	9,5	-13,1	-0,4	6,1	-12,7
Irlanda	6,5	12,4	-2,6	5,1	9,6	-2,9
Italia	3,6	5,9	-0,5	1,5	3,2	-1,6
Lussemburgo	7,8	9,1	6,0	4,8	6,1	2,5
Olanda	7,5	9,6	2,8	5,5	6,8	1,8
Portogallo	2,9	6,2	-4,7	0,7	3,0	-5,2
Regno Unito	4,1	5,2	3,7	4,2	6,0	0,2
Spagna	5,0	9,2	-3,6	2,6	5,3	-3,8
Svezia	4,8	4,3	8,5	3,2	4,0	2,0
Ue-15	4,0	5,2	1,8	2,6	3,6	0,2

(*) Stimati con il deflatore del Pil

Fonte: elaborazione su dati Eurostat (Cofog)

Redditi da lavoro dipendente delle strutture sanitarie pubbliche *

Anni	Francia	Germania	Italia	Regno Unito	Spagna	Media Ue-15
2000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2001	104,4	101,8	105,8	109,2	104,0	106,0
2002	110,1	105,5	109,0	118,5	110,9	112,6
2003	114,4	106,8	110,3	121,9	123,5	117,3
2004	118,2	106,3	120,9	138,6	133,6	126,7
2005	123,2	106,7	126,1	146,2	145,4	133,7
2006	126,0	106,7	136,1	158,1	157,7	141,3
2007	129,4	107,8	128,2	161,5	178,7	145,0
2008	132,7	109,9	141,0	139,6	201,4	145,1
2009	134,7	116,2	138,0	127,1	214,4	143,8
2010	139,0	119,1	140,7	139,2	211,7	149,1
2011	141,6	131,1	137,0	139,3	208,0	149,8
2012	143,9	139,3	134,5	154,6	192,1	154,0
2013	148,0	146,0	132,9	142,5	191,3	152,3

(*) Numeri indici a prezzi correnti (anni 2000-2013)

Fonte: elaborazione su dati Eurostat (Cofog)

Lunedì 14 MARZO 2016

Lotta agli sprechi. Alla Camera il ddl sulla donazione dei prodotti alimentari e farmaceutici

Ridurre gli sprechi per ciascuna delle fasi di produzione, trasformazione, distribuzione e somministrazione di prodotti alimentari e farmaceutici. Per farlo la proposta di legge che oggi arriva in Aula prevede il recupero e la donazione delle eccedenze alimentari, il recupero e la donazione dei prodotti farmaceutici, la riduzione della produzione dei rifiuti, e la sensibilizzazione dei consumatori su questi temi. [IL TESTO](#)

Inizia nel pomeriggio di oggi in Aula alla Camera l'esame del testo unificato recante "Norme per la limitazione degli sprechi, l'uso consapevole delle risorse e la sostenibilità ambientale", già approvato, in sede referente, presso la commissione Affari Sociali.

A livello europeo, la cessione di alimenti a qualsiasi titolo è disciplinata dai Regolamenti CE sulla sicurezza alimentare (Reg. CE 178/00, Reg. CE852/04 e Reg.853/04) che contengono le norme generali e specifiche inerenti le strutture, le attrezzature e la gestione delle fasi di produzione, di trasformazione e di distribuzione dei prodotti alimentari. Risulta invece ancora assente una normativa specifica sulla cessione del cibo a titolo gratuito e sulle politiche di riduzione dello spreco. D'altra parte, il Parlamento Europeo, con la Risoluzione del 19 gennaio 2012 su come evitare lo spreco di alimenti: strategie per migliorare l'efficienza della catena alimentare nell'UE, ha richiesto un'azione collettiva immediata per dimezzare, entro il 2025, lo spreco alimentare, prevenendo al contempo la produzione di rifiuti alimentari.

In Italia, la legge 155/2003 (cd. Legge del Buon Samaritano) ha equiparato al consumatore finale, in riferimento alla responsabilità derivante da norme di sicurezza alimentare (food safety), le organizzazioni non lucrative di utilità sociale (Ong) che effettuano, a fini di beneficenza, distribuzione gratuita di prodotti alimentari agli indigenti. Rientrano nel campo di applicazione della legge 155/2003 le Organizzazioni non lucrative di utilità sociale (Onlus) che prevedono espressamente nei loro statuti o atti costitutivi la "beneficenza", così come stabilito dall'art.10 del D.Lgs n. 460/1997. L'equiparazione al consumatore finale non comprende le fasi della filiera alimentare di produzione e/o trasformazione ed è limitata a quelle di conservazione, trasporto, deposito e utilizzo degli alimenti. In tal modo, i soggetti donatori sono stati sollevati dal cosiddetto principio della "responsabilità di percorso", in base al quale era necessario fornire garanzie per il cibo donato (sul corretto stato di conservazione, il trasporto, il deposito e l'utilizzo degli alimenti), anche dopo la consegna alle organizzazioni.

Successivamente, la legge di stabilità 2014 (art.1, commi 236-237, legge n. 147/2013) ha operato una distinzione, all'interno dei donatori, fra gli operatori del settore alimentare (Osa), inclusi quelli della ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica, e le Onlus che effettuano, ai fini di beneficenza, distribuzione gratuita agli indigenti di prodotti alimentari ceduti dagli Osa, prevedendo che le Onlus che forniscono alimenti agli indigenti e gli Osa che donano gli alimenti alle Onlus devono garantire un corretto stato di conservazione, trasporto, deposito e utilizzo, ciascuno per la parte che gli compete. Tale obiettivo, secondo quanto previsto dalla stabilità 2014, è raggiunto anche attraverso specifici manuali di corretta prassi operativa, validati dal Ministero della salute, predisposti in conformità a

quanto previsto dal Regolamento CE 882/2004.

Il testo si compone di IV Capi e di 18 articoli. Il Capo I (artt.1-2) reca le finalità e definizioni.

L'**articolo 1** illustra la **finalità del provvedimento** che è quella di ridurre gli sprechi per ciascuna delle fasi di produzione, trasformazione, distribuzione e somministrazione di prodotti alimentari, farmaceutici o di altri prodotti attraverso la realizzazione di alcuni obiettivi prioritari:

- favorire il recupero e la donazione delle eccedenze alimentari a fini di solidarietà sociale, destinandole in via prioritaria all'utilizzo umano;
- favorire il recupero e la donazione di prodotti farmaceutici e di altri prodotti a fini di solidarietà sociale;
- contribuire alla limitazione degli impatti negativi sull'ambiente e sulle risorse naturali mediante azioni volte a ridurre la produzione di rifiuti e a promuovere il riuso e il riciclo al fine di estendere il ciclo di vita dei prodotti;
- contribuire al raggiungimento degli obiettivi generali stabiliti dal Programma nazionale di prevenzione dei rifiuti, e dal Piano nazionale di prevenzione dello spreco alimentare previsto dal medesimo Programma e alla riduzione della quantità dei rifiuti biodegradabili avviati allo smaltimento in discarica;
- contribuire ad attività di ricerca, informazione e sensibilizzazione dei consumatori e delle istituzioni sulle materie oggetto della presente legge, con particolare riferimento alle giovani generazioni.

L'**articolo 2** esplicita le **definizioni** contenute nel provvedimento.

Il Capo II (artt.3-12) definisce alcune misure per semplificare la cessione gratuita degli alimenti ai fini di solidarietà sociale e per limitarne gli sprechi. In particolare, l'**articolo 3** detta le **modalità di cessione delle eccedenze alimentari** ai soggetti cessionari da parte degli operatori del settore alimentare che deve essere gratuita e destinata a favore di persone indigenti. Si prevede, in particolare, che le cessioni di eccedenze alimentari devono prioritariamente essere destinate al consumo umano, mentre le eccedenze alimentari non idonee al consumo umano possono essere cedute per il sostegno vitale di animali e per altre destinazioni, come il compostaggio. È inoltre consentita la cessione a titolo gratuito delle eccedenze di prodotti agricoli in campo o di allevamento idonei al consumo umano ed animale: le fasi di raccolta o ritiro dei prodotti agricoli sono svolte sotto la responsabilità di chi le effettua e nel rispetto delle norme in materia di igiene e sicurezza alimentare.

L'**articolo 4** detta disposizioni sulle **modalità di cessione delle eccedenze alimentari** in esame: tale cessione è consentita anche oltre il termine minimo di conservazione purché siano garantite l'integrità dell'imballaggio primario e le idonee condizioni di conservazione ed è inoltre prevista l'ulteriore trasformazione delle stesse. Sono previste specifiche disposizioni per i prodotti finiti della panificazione e per i derivati dagli impasti di farina prodotti negli impianti di panificazione che non necessitano di condizionamento termico: questi, se invenduti o non somministrati entro le 24 ore successive alla loro produzione, sono da considerarsi eccedenti presso le rivendite di negozi, anche della grande distribuzione, nonché presso i produttori artigianali o industriali, la ristorazione organizzata, inclusi gli agriturismi, e la ristorazione collettiva e, pertanto, possono essere donati ai soggetti cessionari.

L'**articolo 5** dispone circa i **requisiti e la conservazione delle eccedenze alimentari in cessione gratuita**: gli operatori del settore alimentare che effettuano le cessioni gratuite, devono prevedere corrette prassi operative al fine di garantire la sicurezza igienico-sanitaria degli alimenti in linea con quanto stabilito dal regolamento (CE) 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 sull'igiene dei prodotti alimentari e dall'art. 1, co. 236, della legge di stabilità per il 2014 (L. 147/2013) in materia di corretto stato di conservazione, trasporto, deposito e utilizzo degli alimenti oggetto di distribuzione gratuita da parte delle organizzazioni riconosciute non lucrative di utilità sociale. I predetti operatori sono considerati, infatti, responsabili – in base alle norme della legge n. 155/2003 - del mantenimento dei requisiti igienico-sanitari dei prodotti alimentari fino al momento della cessione. È previsto che si operi una selezione degli alimenti in base ai requisiti di qualità e di igiene e l'adozione delle misure necessarie ad evitare rischi di commistione o di scambio tra i prodotti destinati a diversi impieghi.

L'**articolo 6** prevede specifiche **norme per consentire il riutilizzo dei prodotti alimentari idonei al consumo umano o animale oggetto di confisca**. Allo scopo si dispone una novella all'art. 15 del DPR n. 571 del 1982 in materia di sistema penale. In caso di confisca di tali prodotti se ne dispone la

cessione gratuita al complesso degli enti privati costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche e solidaristiche.

L'**articolo 7**, con una modifica al comma 236 dell'articolo 1 della legge di stabilità 2014 (legge n. 147/2013), prevede che l'obbligo di garantire un corretto stato di conservazione, trasporto, deposito e utilizzo degli alimenti, nel caso di distribuzione gratuita agli indigenti di prodotti alimentari, ceduti dagli operatori del settore alimentare, riguarda il complesso degli enti privati costituiti per il perseguimento, senza fini di lucro, di finalità civiche e solidaristiche, che promuovono e realizzano attività di interesse generale – qualificati all'articolo 2 come cessionari – e non solo, come attualmente previsto, le organizzazioni riconosciute non lucrative di utilità sociale.

L'**articolo 8** prevede l'istituzione con decreto del Ministro delle politiche agricole e forestali – in attuazione di quanto già previsto all'articolo 58 del D.L. n. 83/2012 - di un **tavolo permanente di coordinamento** con il compito di promuovere iniziative indirizzi e strumenti per la distribuzione di derrate alimentari agli indigenti, con compiti consultivi, propositivi, di monitoraggio e di formulazione di progetti e studi finalizzati alla limitazione degli sprechi ed alla distribuzione delle eccedenze, e ne disciplina la composizione. La partecipazione al tavolo è gratuita e senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.

L'**articolo 9** dispone che **la Rai assicuri un numero adeguato di ore di informazione e di diffusione di messaggi informativi per sensibilizzare il pubblico a comportamenti idonei a ridurre gli sprechi**. E' poi prevista la promozione di campagne nazionali di comunicazione dei dati raccolti in tema di recupero alimentare e riduzione degli sprechi da parte dei Ministeri coinvolti, nonché di campagne informative per incentivare la prevenzione nella formazione dei rifiuti. Per ridurre gli sprechi alimentari nel settore della ristorazione alle Regioni è consentita la stipula di accordi o di protocolli di intesa per promuovere comportamenti responsabili idonei a ridurre lo spreco di cibo e permettere ai clienti l'asporto dei propri avanzi. Infine è rimessa al Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca, sentiti gli altri Ministeri coinvolti, la promozione presso le istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado di percorsi mirati all'educazione alimentare, ad una produzione alimentare ecosostenibile e alla sensibilizzazione contro lo spreco di alimenti.

L'**articolo 10** disciplina le **misure volte a ridurre gli sprechi nella somministrazione degli alimenti**. Qui si dispone che il Ministero della salute, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza unificata, predispone linee di indirizzo rivolte agli enti gestori di mense scolastiche, comunitarie e sociali, al fine di prevenire e ridurre lo spreco connesso alla somministrazione degli alimenti.

L'**articolo 11, finanzia con 2 milioni di euro per il 2016 il Fondo per la distribuzione di derrate alimentari alle persone indigenti** e contestualmente istituisce nello stato di previsione del Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali un Fondo, con dotazione di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018, destinato al finanziamento di progetti innovativi – che possono prevedere il coinvolgimento di volontari del Servizio civile nazionale - finalizzati alla limitazione degli sprechi e all'impiego delle eccedenze, nonché per promuovere la produzione di imballaggi riutilizzabili o facilmente riciclabili. Le modalità di utilizzo del Fondo sono definite con decreto ministeriale.

L'**articolo 12** amplia le finalità del **Fondo per la promozione di interventi di riduzione e prevenzione della produzione di rifiuti e per lo sviluppo di nuove tecnologie di riciclaggio** – istituito dall'articolo 2, comma 323 della legge n. 244/2007 – alla promozione di interventi destinati alla riduzione dei rifiuti alimentari e in relazione a tali finalità ne incrementa la dotazione di un milione di euro per ciascuno degli anni 2017 e 2018.

Il Capo III (artt. 12-17) disciplina ulteriori misure per favorire la cessione gratuita di prodotti alimentari e di altri prodotti a fini di solidarietà sociale.

L'**articolo 13** reca modifiche alla legge n 155/2003. L'articolo 1 è sostituito e ne viene modificata la rubrica in "Distribuzione di prodotti alimentari e di altri prodotti fini di solidarietà sociale". Conseguentemente viene ampliata la platea dei soggetti autorizzati a effettuare le distribuzioni gratuite

e le categorie dei prodotti che possono essere cedute gratuitamente agli indigenti ed equiparati, nei limiti del servizio prestato, ai consumatori finali. Oltre alle Onlus, come definite dall'art. 10 del D.Lgs. n. 460/1997, già precedentemente previste a legislazione vigente, divengono soggetti autorizzati alla distribuzione gratuita il complesso degli enti privati costituiti per il perseguimento, senza fini di lucro, di finalità civiche e solidaristiche, che promuovono e realizzano attività di interesse generale (cfr. art. 2); quanto ai prodotti, accanto a quelli alimentari sono contemplati i prodotti farmaceutici nonché altri prodotti. Viene poi inserito un nuovo articolo 1-bis che disciplina la medesima equiparazione ed autorizzazione in relazione agli articoli ed accessori di abbigliamento purché questi ultimi siano stati conferiti dai privati direttamente presso le sedi operative dei soggetti autorizzati alla distribuzione gratuita. In tale ultimo caso i beni che non siano destinati in donazione o non siano ritenuti idonei ad un successivo utilizzo sono gestiti in conformità alla normativa sui rifiuti di cui al D.Lgs. n. 152/2006.

L'**articolo 14**, interviene sulla **distribuzione di articoli e accessori di abbigliamento** usati a fini di solidarietà sociale.

L'**articolo 15** modificando l'articolo 157 del D.Lgs. n. 219/2006, detta **disposizioni dirette ad incentivare la donazione alle organizzazioni non lucrative di utilità sociale (Onlus) di medicinali non utilizzati, correttamente conservati e non scaduti**, rimettendo ad un decreto del Ministro della salute l'individuazione di modalità tali da garantire la qualità, la sicurezza e l'efficacia originarie, ed escludendo espressamente i medicinali da conservare in frigorifero a temperature controllate, quelli contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope nonché quelli dispensabili solo in strutture ospedaliere. Alle Onlus è consentita la distribuzione dei medicinali direttamente ai soggetti indigenti a condizione che dispongano di personale sanitario. Anche in tal caso viene sancita l'equiparazione al consumatore finale degli enti che svolgono attività assistenziale – rispetto alla detenzione e conservazione dei prodotti – e viene stabilito espressamente il divieto della cessione a titolo oneroso dei farmaci oggetto di donazione.

L'**articolo 16** reca **disposizioni varie, di carattere tributario e finanziario in tema di cessione gratuita delle eccedenze alimentari, dei prodotti farmaceutici e di altri prodotti a fini di solidarietà sociale**, prevedendo particolari modalità e requisiti delle comunicazioni telematiche agli uffici dell'amministrazione finanziaria in relazione alle cessioni sopracitate ed adeguando alle nuove disposizioni le disposizioni in vigore in tema di imposta sul valore aggiunto sui beni oggetto di cessione gratuita.

L'**articolo 17** prevede una **riduzione della tariffa relativa alla tassa sui rifiuti**.

Infine il Capo IV (Misure in materia di appalti) composto dal solo **articolo 18**, con una modifica al comma 1 dell'articolo 83 del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture (D.Lgs. n. 163/2006) inserisce tra i criteri di valutazione dell'offerta, quando il contratto è affidato con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, la cessione a titolo gratuito, a fini di beneficenza, delle eccedenze alimentari.

Giovanni Rodriguez

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

Primo isolamento a Padova del virus Zika dalla saliva

Prima volta nella letteratura scientifica



Roma, 14 mar. (askanews) - Il gruppo di virologi dell'unità operativa di microbiologia e virologia dell'azienda ospedaliera-università di Padova, diretto dal professor Palù sta monitorando, nei viaggiatori di rientro dalle regioni tropicali del globo, l'andamento epidemico di Zika virus sin da quando l'infezione si è propagata in Polinesia Francese (2013) e in Brasile, Centro-Sud America (2015). Una decina di casi di infezione da Zika virus sono stati diagnosticati e segnalati finora con incidenza in viaggiatori veneti provenienti da aree endemiche. Un evento scientifico di grande interesse, oggetto di pubblicazione in questi giorni sulla Rivista Eurosurveillance, è rappresentato dal fatto che i virologi padovani sono riusciti, per la prima volta in letteratura, ad isolare Zika virus in coltura dalla saliva.

Il campione proveniva da un paziente che presentava i sintomi tipici di febbre, mialgia, artralgia, congiuntivite e eritema cutaneo maculare, dopo un viaggio nella Repubblica Dominicana. Il soggetto, che è stato monitorato con tecniche di diagnostica molecolare per oltre un mese per la presenza del genoma virale nei fluidi organici, aveva concentrazioni di RNA di Zika virus molto più elevate nella saliva (3 milioni di copie/ml) che nelle urine (1 milione di copie/ml) e nel sangue (30 copie/ml) ed una persistenza più lunga nel tempo del virus nella saliva (oltre 30 giorni).

L'isolamento in colture cellulari del virus, la classica prova per rivelare la presenza dell'agente

eziologico dell'infezione e la sua contagiosità, e' avvenuta nei primi giorni successivi all'esordio dei sintomi, quando il paziente non aveva sviluppato ancora anticorpi contro il virus. Il lavoro del gruppo del Professor Palù ha importanti implicazioni per comprendere la biologia del virus e la sua trasmissibilità. Zika virus infatti è stato in precedenza isolato da urine, latte e liquido seminale umani e la sua infettività correlata, conseguentemente, anche a trasmissione per allattamento e rapporti sessuali. E' presto per dire se l'infezione da Zika virus possa trasmettersi, oltre che per la via classicamente accertata del morso della zanzara *Aedes aegypti*, anche per contagio interumano via saliva o dispersione salivare per aerosol. Serviranno, allo scopo, osservazioni cliniche più estese tra contatti (attualmente in corso) e sperimentazioni su modelli animali.

La scoperta dei virologi padovani apre dunque nuovi, suggestivi scenari di ricerca per controllare la diffusione ed approntare misure di contenimento dell'infezione da Zika virus.

Zika, isolato il virus anche nella saliva

Ricerca dell'Università di Padova. Intanto i veneti contagiati salgono a dieci

PADOVA Finora il virus Zika era stato trovato solo dentro urine, latte o liquido seminale. E dunque, nelle ipotesi di trasmissione gli scienziati si erano concentrati sui rapporti sessuali o sull'allattamento. Ma adesso arriva da Padova una notizia che rivoluziona l'approccio: c'è stato il primo isolamento del virus nella saliva. La scoperta, peraltro, era nell'aria: alcuni scienziati brasiliani avevano annunciato tale ipotesi già alcuni giorni fa.

Ma è la prima volta che viene pubblicata – e dunque resa «ufficiale» – su una rivista di settore, la «Eurosurveillance». «È presto per trarre conclusioni», dichiara il professor Giorgio Palù, presidente di Esv, la Società europea di virologia. «Ma a questo punto si può valutare il contagio interumano via saliva o dispersione salivare per aerosol». In altre parole: prima di capire se il virus si trasmette con un bacio o con uno starnuto serviranno ancora verifiche, ma ciò che si profila è questo.

Uno scenario che fa preoccupare e che viene portato all'attenzione della comunità scientifica dopo il ritorno di una ventenne, ricoverata in un ospedale del Veneziano dopo esser stata in vacanza in Repubblica Dominicana nel gennaio di quest'anno. Peraltro, contestualmente alla scoperta dell'Università di Padova, viene reso noto anche un nuovo dato: sono già saliti a dieci i casi di infezione di veneti in vacanza tra paesi sudamericani e caraibici. I casi noti, prima di ieri, erano «solo» cinque. Pochi, forse, ma sufficienti a far decidere alla Regione Veneto uno speciale piano di disinfezioni non solo a Rovigo e Adria, ma a tutte le zone umi-

de del Veneto.

Nell'attesa di capire le conseguenze delle scoperte padovane, non resta che porre l'accento sull'ennesimo successo dell'Università veneta. Il gruppo di virologi dell'unità operativa di microbiologia e virologia diretto dal professor Palù stava monitorando l'andamento epidemico del virus sin da quando l'infezione si è propagata in Polinesia Francese (nel 2013) e in Brasile (due anni dopo). La paziente è stata controllata con tecniche di diagnostica molecolare per oltre un mese per la presenza del genoma virale nei fluidi organici. Spiegano gli scienziati in una nota: «Aveva concentrazioni di Rna di Zika virus molto più elevate nella saliva (tre milioni di copie/ml) che nelle urine (un milione) e nel sangue (30 copie/ml) ed una persistenza più lunga nel tempo del virus nella saliva di oltre 30 giorni». Un successo legato, probabilmente, anche alla velocità: l'isolamento in colture cellulari del virus è infatti avvenuta nei primi giorni successivi all'esordio dei sintomi, quando il paziente non aveva sviluppato ancora anticorpi contro il virus.

Nei fatti, la scoperta dei virologi padovani apre scenari suggestivi. Ma al momento è prematuro dire se l'infezione possa trasmettersi, oltre che con la zanzara *Aedes aegypti*, anche «via saliva». Anche se, va precisato, in Australia si sta indagando sul passaggio da scimmia a uomo attraverso un morso. Serviranno, chiudono dal Bo «osservazioni cliniche più estese, attualmente in corso, e sperimentazioni su modelli animali».

Mauro Pigozzo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

10

Casi

Sono dieci i veneti infettati dal virus



Palù

Adesso si può valutare il contagio via saliva



Il vertice a palazzo Chigi apre la stagione dei tavoli. A tutto campo - Il Ssn nell'«agenda» dell'Esecutivo

Sindacati-Governo, 60 giorni di pace

Lorenzin: «Senza i medici la sanità non cammina. Basta tagli, abbiamo già dato»

La sospensione della doppia giornata di sciopero dei camici bianchi prevista per il 17 e 18 marzo è stata una decisione liberatoria per tutti. Una tregua salutare, dopo mesi (anzi anni) di tensioni tra la categoria e il Governo con un crescendo di ostilità su nodo risorse, contratti al rallenti, assunzioni miraggio e appropriatezza al veleno. All'incontro di martedì scorso a Palazzo Chigi qualcuno ha descritto una **Beatrice Lorenzin** raggiante e fiera, soprattutto per essere riuscita a coinvolgere altri membri del Governo, la ministra della Pa Ma-

rianna Madia e il sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, **Claudio De Vincenti**. Come segno tangibile di un giusto livello di attenzione da parte dell'Esecutivo verso la #Vertenzasalute.

E la stessa ministra **Lorenzin** spalanca ora le porte alla trattativa serrata con i medici e ribadisce: la parola magica è «condivisione». Con l'aggiunta, tanto per rafforzare il concetto: «La sanità cammina sulle gambe di chi ci lavora». Meglio tardi che mai.

MAGNANO E TURNO A PAG. 4-5

L'INTERVISTA

Beatrice Lorenzin e l'elogio della «condivisione»

“ Con i sindacati andremo avanti con un metodo condiviso. Il Ssn cammina sulle gambe di chi lo porta avanti, di chi lo sostiene ”

“ Basta tagli: la sanità ha già dato, anche troppo, in questi anni. Servono anzi più risorse su personale e farmaci in ospedale ”

La parola magica ripetuta più volte è «condivisione». Con l'aggiunta, tanto per rafforzare il concetto e cercare di accorciare ancora di più le distanze di mesi e mesi di non (o raro) dialogo reale: «La sanità cammina sulle gambe di chi ci lavora». Fino ad aggiungere un tassello - i soldi, i soldi - sul tema di fondo cui tutti guardano con preoccupazione: «La lettera di Bruxelles? La sanità ha già dato tantissimo in questi anni, e ancora sta dando. La spending sta funzionando. Anzi, abbiamo necessità di risorse: per il personale, per la farmaceutica ospedaliera. Io sono ottimista. Se l'economia conferma i progressi, poi...».

Venti-quattro ore dopo il vertice del «dialogo» e della «sanità nell'agenda di tutto il Governo, non solo della mia, che è scontato», **Beatrice Lorenzin** spalanca le porte alla trattativa serrata con i medici. E con tutti gli operatori della sanità. Quasi a voler inaugurare (segno di difficoltà?) una nuova stagione di rapporti con le categorie e i sindacati che le rappresentano. Lo fa con una certa cautela, è ovvio. Ma mo-

stra di crederci. E del resto, a leggerla e rileggerla, quell'agenda delle incompiute sanitarie, non si saprebbe neppure da che parte prenderla. Quale ordine di importanza dare ai vari temi in gioco. Certo, punto di partenza è il «Patto». Che nelle parti più delicate non esiste ancora. E dunque: contratti e convenzioni, competenze, ruolo e valorizzazione della professione medica, rapporti con le altre professioni sanitarie, formazione, rapporti con l'Università, percorsi professionali. E sblocco del turn over, ingresso dei precari. Ce ne sarebbe da far gelare il sangue. Però si parte. Sessanta giorni di tempo per portarsi avanti con il lavoro. Per evitare scioperi tra maggio e giugno. Per trovare tante - troppe? - quadre. Per ora è tregua tra medici e Governo. Se davvero scoppierà la pace, lo potremo dire tra due mesi. Circa.

Beatrice Lorenzin è soddisfatta

della decisione dei medici di spendere gli scioperi? I sindacati hanno accolto con favore il segnale di attenzione del Governo che ha affermato di voler porre la sanità nella sua agenda.

Certo, mi fa davvero molto piacere. Le richieste e il ragionamento fatti dai sindacati sono condivisibili. Richiedono anzitutto un metodo. A partire dal fatto che la sanità è non solo al centro dell'agenda per il **ministro della Salute**, che è scontato. Ma lo è per tutto il Governo.

Vuol dire?

Che dev'essere decisiva la condivisione sui temi più sentiti e importanti nel prossimo periodo per ga-



rantire la sostenibilità del Ssn, insieme a un corretto "funzionamento" delle professioni sanitarie. D'altra parte non dimentichiamo mai che la sanità cammina sulle gambe di chi la porta avanti, di chi la sostiene, perché questo è un fatto incontrovertibile.

Lei ha detto di essere in una posizione di "ascolto": cosa vuol dire, fino a dove può portare questo "ascolto"?

Io spero che porti a risolvere i temi in sospeso. Contratto, comparto dedicato su cui la collega Madia ha dimostrato una grande apertura, l'articolo 22 su accesso alla professione, qualificazione professionale. E poi altri temi che mi sono da sempre a cuore, come i percorsi di valorizzazione del merito e delle competenze, dei singoli medici e degli operatori sanitari, al di là della solita carriera. Questi temi si possono davvero risolvere con l'attenzione e la cura da parte di tutti.

Di mezzo, se non bastasse, ci sarebbero anche il blocco del turn over e il dramma del precariato.

Esattamente. Io parlavo della professionalizzazione e dell'accesso alla formazione. Poi sicuramente c'è il capitolo dello sblocco del turn over e quello della programmazione dei medici per i prossimi anni. Non vogliamo lasciare niente di incompiuto. Vogliamo affrontare tutto il possibile. Con cura. E infatti dall'incontro è emersa la consapevolezza dell'importanza di questi argomenti da parte di tutti. Forse non faremo tutto insieme, in alcuni casi ci vorrà più tempo. Ma l'importante - lo ripeto perché è decisivo - è che ci sia un metodo di lavoro da seguire insieme con l'impegno e la consapevolezza da parte di tutti di cogliere e individuare ogni argomento e i percorsi di soluzione possibili.

Il contratto - come le convenzioni - è per i medici un vulnus che scotta. Certo, l'argomento fa capo alla ministra Madia. Però anche la Salute può dire la sua...

Certo, infatti, come le dicevo, ne abbiamo parlato. E confermo che è un argomento in discussione.

I dottori reclamano un ruolo centrale. Anche in questo caso, se ne può parlare?

Certo. L'importante è che ci sia un premio per le competenze e che nei processi si affrontino le sfide dei modelli organizzativi. I medici devono essere in prima linea in questo dibattito e nelle decisioni.

Ma quando partono i tavoli e quando si concluderanno?

Sono già tutti processi in atto. Dobbiamo darci un modello di confronto e di arrivo, con una road map precisa e sicura. Un metodo di viaggio su condivisioni, tempistica. Intanto è positivo che tutti - Governo e medici - abbiamo lo stesso obiettivo.

Ministro, quando arriva la circolare sull'appropriatezza dopo che la prima bozza è stata rimandata indietro dalla Fnom?

Arriverà prestissimo. Ho incaricato gli uffici di realizzarla per correggere alcune cose che si sono dimostrate inefficaci e anche alcuni errori strutturali. Non c'è nessuna sanzione per i medici in questo momento. E io spero che comunque non ci sia bisogno di prevedere un meccanismo sanzionatorio. Ma un meccanismo nel quale i medici ci aiutino a camminare insieme per l'appropriatezza delle prestazioni.

Con i Lea risolverete qualcosa anche sull'appropriatezza?

Credo proprio di sì. Nei Lea c'è tanto sull'appropriatezza. Senza scordare il nuovo Nomenclatore.

Da sempre nelle trattative qualcosa si concede, ma anche

qualcosa si chiede in cambio. Cosa chiede Lei ai medici?

Io chiedo soltanto la loro partecipazione attiva, che ci aiutino nella valorizzazione delle competenze e del merito. Che si assumano anche la responsabilità nei confronti di chi non applica le regole condivise insieme. Altrimenti non riusciremo mai a far funzionare questa macchina, che deve camminare insieme a loro. Senza, sarebbe impossibile.

Per farcela servono però anche bei soldoni: ci sono? Li concederà l'Economia?

Io penso che le risorse ci siano. Soprattutto se l'andamento dell'economia e del Pil continuano a segnare "più" in previsione dei prossimi anni. Credo che da questo punto di vista possiamo lavorare con ottimismo.

Nessuna preoccupazione per la lettera e gli eventuali cartellini gialli di Bruxelles? Non è che la sanità sarà chiamata ancora una volta a fare la sua parte, a tagliare?

In questi anni abbiamo dovuto lavorare con le preoccupazioni perché la situazione non era facile. Ma voglio essere ottimista, senza ottimismo non si fa mai alcuna sfida, magari aspettando sempre tempi migliori. I tempi non migliorano mai da soli, dobbiamo farli migliorare noi.

Insomma, niente

sanità bancomat o bad bank dei risparmi?

La sanità ha già dato, e parecchio, in questi anni. E sta dando ancora parecchio. Stiano lavorando alla spending review, che sta producendo ottimi risultati, con l'obiettivo di reinvestire i risparmi. Detto questo, come [ministro della Salute](#) aggiungo che abbiamo necessità di risorse per il personale e per la spesa farmaceutica ospedaliera. (r.tu.)

Infezioni. Candida, aspergilli, mucor colpiscono le vie aeree e quelle genitourinarie. Diffusissime negli ospedali, possono uccidere anziani e immunodepressi perché spesso sono difficili da diagnosticare e curare. Ma un nuovo farmaco e una ricerca aprono nuove strade

Caccia al fungo l'epidemia è nascosta

Per prevenire la diffusione lavarsi le mani spesso. E sempre quando si va in ospedale, anche solo in visita

ANNALISA BONFRANCESCHI

BATTERI E VIRUS FANNO la parte del leone. Ma anche i funghi sono ovunque e come loro possono convivere pacificamente nell'ambiente e con l'organismo o causare infezioni. Anche molto gravi. Gli americani le chiamano Mold outbreak, epidemie fungine, spesso difficili da diagnosticare, tanto che l'identikit del patogeno killer in molti casi arriva solo post mortem, con l'autopsia. Perché mancano kit diagnostici abbastanza sofisticati. Il risultato è che popolazioni di germi vivono tra noi senza che li conosciamo e questo crea le condizioni per far prosperare i funghi, che aumentano.

Il problema è che, accanto alle comuni micosi - come quelle vaginali nelle donne o del cavo orofaringeo nei bambini, che non causano gravi problemi e si risolvono generalmente nel giro di breve tempo con gli antimicotici - proliferano quelle ospedaliere. Quando un fungo colpisce un paziente fragile o con sistema immunitario compromesso è come se riuscisse a trovare un cancello aperto e prosperare indisturbato. E se riesce a finire nel sangue, nel polmone o nel cervello può mettere a rischio la vita del paziente. Si stima che tra le infezioni ospedaliere quelle causate dai funghi siano circa l'1% del totale. E l'1 può sembrare poca cosa se non si calcola che in Italia il 5-8% di tutte le persone che vengono ricoverate per una qualche ragione contrae un'infezione ospedaliere. Ogni anno, quindi, un numero che varia dalle 450 alle 700 mila persone si infetta durante una terapia. E quel che è peggio è che circa una di queste infezioni su tre si può prevenire. Tra queste ci sono buona parte delle diecimila infezioni fungine l'anno. In molti casi letali: circa il 30-40% delle persone colpite ne muoiono. La buona notizia, però c'è: uno studio firmato da Maurizio Sanguinetti, direttore dell'Istituto di Microbiologia e Virologia dell'Università Cattolica di Roma, insieme ai colleghi della Harvard University e del Policlinico di Losanna, pubblicato su *Nature*, ha scoperto un potenziale antidoto contro la *Candida glabrata*, che causa infezioni fatali nel 40% dei casi perché colpisce soprattutto anziani e persone immunodepresse.

«Negli ospedali - spiega Marco Tinelli, segretario della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali - le infezioni fungine più preoccupanti sono quelle causate da varie specie di *Candida*, le più frequenti, seguite dalle specie di *Aspergilli* e quindi dai rappresentanti del genere *Mucor*». A rischio sono sempre più spesso gli anziani: «La presenza di altre malattie, come il diabete, ma anche solo la perdita di peso fisiologica con l'età, li rende più suscettibili alle infezioni». Quel che gli

esperti ricordano, però, è che la prevenzione è delle più semplici: «Aumentare l'igiene, anche solo ricordandosi sempre di lavarsi le mani, è il primo passo per ridurre del 50% tutti i tipi di infezioni. E se vale come imperativo per chi lavora, è un consiglio opportuno per chiunque acceda agli ospedali, siano parenti o amici dei ricoverati. Acqua e sapone prima e dopo la visita sono d'obbligo».

Perché l'ambiente nei nosocomi è pieno di funghi. Per questo è opportuno verificare periodicamente il tasso di colonizzazione fungina mediante tamponi ambientali regolari, nei luoghi e sulle apparecchiature ospedaliere. E quando l'igiene e il monitoraggio non bastano ci sono gli antimicotici, attivi sia sulle candidi, che sugli aspergilli e sui mucor.

Resta il fatto che, sottovalutando il rischio di fronte alle infezioni virali certamente più insidiose, a oggi la ricerca di nuovi strumenti diagnostici capaci di identificare i germi più rischiosi è andata a rilento. Al Policlinico di Tor Vergata di Roma, per questo, ha appena preso il via un progetto che vuole mettere a punto nuovi criteri per identificare precocemente lo sviluppo di infezioni fungine nei pazienti onco-ematologici. Perché in questa tipologia di pazienti le infezioni fungine colpiscono di più e hanno mortalità fino al 90%. A finanziare il lavoro è anche la Simit (Società italiana di malattie infettive e tropicali) grazie a un'erogazione liberale di

Msd Italia. «I primi risultati si avranno tra un anno, a partire dall'analisi dei dati disponibili già per un centinaio di pazienti del Policlinico», spiega Massimo Andreoni, professore di Malattie Infettive dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata.

L'analisi delle cartelle cliniche permetterà ai ricercatori di avere informazioni sui fattori biologici che permettono di prevedere l'evoluzione delle infezioni fungine, così da poterle calcolare la capacità offensiva e identificare i pazienti più a rischio, in modo da sottoporre a profilassi antimicotica solo quelli che ne hanno realmente bisogno. Il rischio altrimenti è quello di diffondere la resistenza agli antimicotici, così come per gli antibiotici. Ma lo scopo principale dello studio è quel-

lo di mettere a punto un sistema di diagnosi precoce anche per le infezioni dovute a funghi ambientali: «Sappiamo infatti - conclude Andreoni - che le segnalazioni di infezioni gravi causate da questi funghi, normalmente presenti nell'ambiente e non patogeni, sono sempre più frequenti nei pazienti onco-ematologici. Spesso però sono neglette, perché mancano le tecnologie necessarie per scovarle».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





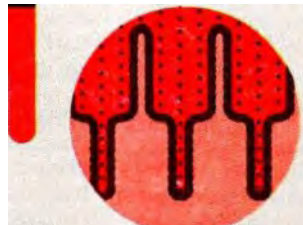
BOCCA

Alternaria *Aspergillus*
Aspergillus *Fusarium*
Aureobasidium e *Criptococco*
Candida sono specie
Cladosporium presenti
Cryptococco in bocca
Fusarium e spesso
Gibberella colpiscono
Glomus pazienti
Pichia immuno-
Saccharomyces depressi
Teratosphaeria



SISTEMA RESPIRATORIO

Aspergillus *Candida*
Cladosporium *Candida*
Penicillium *albicans* viene
Cryptococco trovata spesso
in pazienti con
fibrosi cistica
o polmonare,
che sono stati
sottoposti
a trapianto
o che soffrono
di malattie
cardiovascolari



SISTEMA DIGERENTE

Aspergillus Alterazioni
Candida della microflora
Cladosporium intestinale
Cryptococco possono
Fusarium indurre
Penicillium malattie
Pneumocystis infiammatorie
Mucor croniche
Saccharomyces intestinali
come il morbo
di Crohn



PELLE

Candida
Cryptococco
Debaryomyces
Epidermophyton
Malassezia
Microsporium
Rhodotorula
Trichophyton
Aspergillus
Chrysosporium
Epicoccum
Leptosphaerulina
Penicillium
Phoma
Saccharomyces
Ustilago

Aspergillus,
Fusarium e
Criptococco
sono le specie
più presenti
in bocca
e colpiscono
maggiormente
pazienti
immunodepressi

GLI ABITANTI INVISIBILI

Dove colpiscono
i funghi più comuni
che abitano
il nostro corpo



Nella pancia del bambino

Lo sviluppo della flora intestinale durante il periodo dello svezzamento è indipendente dall'obesità materna. Uno studio della American Society for Microbiology pubblicato su *inSphere*, smentisce l'ipotesi per cui la tendenza all'obesità possa essere trasmessa al feto attraverso il passaggio di quei microrganismi intestinali che sono tra le cause di questa condizione metabolica. Invece è nei primissimi anni di vita che si imposta la flora intestinale del bambino e l'alimentazione gioca un ruolo fondamentale nel determinarne la composizione. Infatti al momento della nascita l'intestino dei piccoli è sterile e non ha microrganismi. La colonizzazione avviene in seguito, e i primissimi anni sono fondamentali. I fattori principali sono

la durata dell'allattamento al seno, che è molto importante, e l'alimentazione nei primissimi anni. Cibi con un eccessivo contenuto di fibre e proteine hanno un effetto determinante. Se quindi la dieta del piccolo non è equilibrata, la flora intestinale ne subirà le conseguenze. E il peso del bambino potrebbe tendere a salire in modo eccessivo. La flora batterica intestinale è una barriera in grado sia di proteggere l'organismo dall'attacco di microrganismi nocivi, sia di aiutare i processi digestivi e contribuire alla regolarità delle funzioni intestinali. Produce inoltre vitamine, micronutrienti e altre sostanze preziose per il buono stato di salute dell'intestino e per il benessere generale.
alessandra margreth

PER FAR VACCINARE LA GENTE BISOGNA MOSTRARE I MORTI IN TV

IN INGHILTERRA e Galles nel 1999 una grave epidemia di meningite fu vinta con una vasta campagna vaccinale durata un anno, che coinvolse oltre dodici milioni di bambini e ragazzi, raggiungendone l'85 per cento. In Toscana la meningite che circola ormai da un anno con decine di casi e diversi decessi, è andata avanti per colpa d'una strategia regionale che fatica ad ottenere coperture sufficienti. Da quando i TG hanno cominciato a mostrare le file di persone che chiedono d'essere vaccinate e le storie dei morti, le cose stanno però mutando. Eppure ci sono ancora genitori che non vogliono vaccinare i figli per meningite B e C perché ritengono che siano "troppo piccoli" oppure perché "a tre mesi non si possono iniettare sei vaccini tutti insieme" oppure perché ancora "temono che il vaccino induca autismo", nonostante la cosa sia stata smentita decine di volte. La cura più efficace per recuperare una copertura vaccinale sufficiente è mostrare in televisione morti e disabili. La paura funziona meglio della ragione. Nonostante l'impegno di pediatri di famiglia e consultori, le resistenze alla vaccinazione arrivano sino alla conta di morti e handicappati. Vite e famiglie rovinate per ignoranza o fobie alimentate dal web e da medici che propagandano la non vaccinazione per interessi personali o credenze illogiche. Stampare sui pacchetti di sigarette gli elenchi aggiornati dei morti per cancro del polmone e leggere in televisione l'elenco di chi muore per mancata vaccinazione può a tutelarci dai danni causati dagli ignoranti? Proviamoci!

camici.pigiami@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Brevi

NAPOLI

Donna morta in ospedale, il ministero invia ispettori

Gli ispettori del **Ministero della Salute** sono stati ieri a Napoli, negli ospedali San Paolo e Monaldi, per fare chiarezza sulla morte di Francesca Napolitano, la donna di 42 anni deceduta la mattina del 9 marzo per una miocardite con versamento pericardico. Francesca Napoletano venne ricoverata la notte tra l'8 e il 9 marzo scorsi nell'ospedale San Paolo e alle 6 del mattino del 9 trasferita al Monaldi. A quanto si è appreso, in entrambe le strutture sanitarie gli ispettori hanno parlato con il personale sanitario che è stato coinvolto ed hanno acquisito le documentazioni mediche relative. «Gli ispettori – ha spiegato Nicola Silvestri direttore sanitario del Monaldi – hanno voluto sapere la nostra versione dei fatti e parlato con il personale medico».



Dir. Resp.: Maurizio Molinari

SCADUTO DA 6 ANNI

Corte europea, gli infermieri senza contratto fanno ricorso

ALESSANDRO MONDO
TORINO

L'estremo tentativo di far valere i propri diritti punta alla Corte Europa dei Diritti dell'Uomo, l'organo al quale intende rivolgersi la neocostituita Confederazione generale sindacale composta da Flp (Federazione Lavori pubblici e Funzioni pubbliche), Fgu (Federazione Gilda-Unams), Nursind (sindacato delle Professioni infermieristiche) e Unione Artisti Unams.

Segle diverse, un obiettivo comune: «Chiedere il risarcimento per i lavoratori gravemente danneggiati dal mancato rinnovo contrattuale che si protrae da almeno sei anni». In altri termini, spiega Francesco Coppolella, Nursind Piemonte, «ottenere la condanna del Governo che non ha ottemperato alla sentenza con cui la Corte Costituzionale ha dichiarato illegittimo il blocco del contratto del pubblico impiego e chiedere il risarcimento per i lavoratori».

All'iniziativa, che a detta dei sindacati coinvolgerà de-

cine di migliaia di ricorrenti, è stata dedicata una piattaforma per raccogliere le adesioni e partecipare: www.ricor-socgs.it. Da oggi partirà la mobilitazione.

«Il blocco dei contratti di 3 milioni e mezzo di lavoratori e lavoratrici del pubblico impiego ha provocato una perdita del potere d'acquisto che stimiamo in almeno 4 mila euro pro capite per il personale dei vari comparti e in quasi 8 mila euro per i dirigenti, oltre alle ricadute sui contributi pensionistici persi - aggiunge Coppolella - . Con questo ricorso, gratuito per gli iscritti, chiediamo alla Corte il riconoscimento di un congruo indennizzo per i lavoratori e la condanna del Governo, che a distanza di 7 mesi non solo ha stanziato una cifra irrisoria e provocatoria, 5 euro lordi mensili, ma non ha neanche avviato la dovuta negoziazione all'Aran, l'agenzia che tratta per il Governo, ignorando la Consulta. Per noi rivolgerci all'Europa è innanzitutto una battaglia di civiltà».

©BYNCD/ALC/INDRITRISERVATI



“Ragazze, qui potete guarire” L'ultima sfida all'anoressia

Oggi la giornata contro i disturbi dell'alimentazione in 140 presidi
Cresce l'allarme tra i maschi: tra i 13 e i 17 anni ne soffre il 20 per cento

“Dagli ambulatori pubblici al day ospital con i pasti assistiti, ecco tutti i percorsi possibili per le giovani e le loro famiglie”

ELVIRA NASELLI

ROMA. Anoressia, bulimia e tutte le altre ossessioni del cibo possono essere sconfitte. Ci sono ambulatori specializzati, ci sono le terapie che prevedono interventi psicologici, psichiatrici e nutrizionali. Centoquarantatre strutture pubbliche, con ambulatori dedicati e posti letto per i casi più gravi e complessi, per affrontare una sfida che si fa sempre più pesante visto che ogni anno trecentomila persone in più chiedono aiuto.

Quelle del comportamento alimentare – ricordate oggi con una giornata nazionale e un fiocchetto lilla – sono malattie subdole, che si rischia di diagnosticare in ritardo mentre bisogna capire sin da subito i segnali d'allarme. Anche perché l'età media in cui ci si ammala è sempre più bassa.

La buona notizia è che «i casi più lievi, affrontati precocemente, possono essere risolti in ambulatorio nella maggioranza dei casi – premette Laura Dalla Ragione, psichiatra e psicoterapeuta, direttore della rete disturbi alimentari Usl 1 dell'Umbria – ma sempre, ad ogni livello, bisogna intervenire dal punto di vista psicologico e da quello nutrizionale, con un dietista o un nutrizionista. E la famiglia va coinvolta sempre, sia per le pazienti minorenni che per le adulte, perché i pasti sono un momento di grande ansia».

Per i pazienti più gravi ci sono a disposizione i day hospital che assicurano, oltre alle terapie, i pasti assistiti. «Si tratta di una riabilitazione nutrizionale vera e propria – continua Dalla Ragione, che è anche direttore scientifico di una ricerca condotta dal ministero della Salute su ragazzi tra 8 e 17 anni, i cui risultati sono in pubblicazione – e cominciamo inserendo a poco a poco alimenti che le ragazze non mangiano da anni e verso cui hanno sviluppato vere fobie. In primis carboidrati e zuccheri, quindi pasta, pane, dolci. Al pasto, che può durare anche ore, perché le pazienti nascondono il cibo, o lo buttano per terra, o piangono, assiste personale specializzato, che le sostiene e le aiuta».

Se tutto questo non basta, si può ricorrere al ricovero vero e proprio. «Ma le strutture sono soltanto otto in tutta Italia – continua l'esperta – con lunghe liste d'attesa. E ci sono regioni, come la Sardegna, che non dispongono di posti letto e costringono ad andar fuori. Ancora meno i luoghi che accettano le minorenni». Infine, l'ultimo livello, il più drammatico, è l'intervento salvavita, con il ricovero in ospedale. «Sono malate che rifiutano di mangiare e bere – conclude la psichiatra – e per le quali bisogna ricorrere alla nutrizione artificiale». L'anoressia è la prima causa di morte femminile tra i 12 e i 25 anni. E anche se le donne sono ancora di più, i maschi sono in rapidissimo aumento: erano l'1 per cento dieci anni fa, sono il 10 oggi. Ma nella fascia di età dell'adolescenza – tra 13 e 17 anni – arrivano al 20 per cento, e hanno tutti l'ossessione per il fisico e la massa muscolare.

CRIPRODUZIONE RISERVATA

