



## **RASSEGNA STAMPA**

**17-11-2016**

1. STAMPA La vita al Sud diventa più breve
2. ADN KRONOS Ecco l'ago che scioglie i tumori in 5 minuti, tecnica innovativa a Chioggia
3. MARIECLAIRE.IT Niente fumo e poco alcol, le regole salva pancreas
4. HEALTH DESK Spendere di più, spendere meglio
5. CORRIERE DELLA SERA Il «taglia e cuci» del Dna contro il cancro
6. CORRIERE DELLA SERA Immunoterapia dei tumore i nostri sviluppi
7. GAZZETTINO L'ago incandescente sbanca il web
8. AVVENIRE Conoscere meglio la fertilità nasce la «Società scientifica»
9. SOLE 24 ORE La sanità elettronica al palo: l'Italia è diciottesima in Europa
10. ILSOLE24ORE.COM Lorenzin: ancora inaccettabili i prezzi dei farmaci contro l'Epatite C
11. AVVENIRE È il tempo delle staminali «responsabili»
12. ILSOLE24ORE.COM Riforma costituzionale: quali possibili riflessi sulla sanità pubblica

# Aspettativa di vita Nel Sud si riduce e torna al Dopoguerra

Lo studio dell'Istituto superiore della Sanità:  
quattro anni in meno per campani e siciliani



## il caso

PAOLO RUSSO  
ROMA

Che non tutti gli italiani siano uguali davanti alla nostra sanità era già noto, ma non al punto da dover dire che oramai al Sud l'aspettativa di vita è tornata ad essere quella dell'immediato dopoguerra.

«Con Campania e Sicilia su valori uguali rispettivamente a quelli di Bulgaria e Romania, mentre i cittadini di Marche e Trento hanno davanti a sé gli stessi anni di vita degli svedesi».

A denunciare i «frutti amari del federalismo sanitario spinto e non solidale di questi anni» è il presidente dell'Istituto superiore di sanità, Walter Ricciardi, che intervenendo all'inaugurazione dell'anno accademico dell'Università Campus Bio-Medico di Roma ha presentato in anteprima i numeri shock dell'«Osservatorio salute», da lui stesso diretto.

«Oramai in Campania e Si-

calia si ha una speranza di vita alla nascita di 4 anni in meno che a Trento e nelle Marche, ma mentre i fattori di rischio per la nostra salute restano distribuiti in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, la disponibilità e l'accesso ai servizi sanitari - spiega - penalizzano i cittadini del Sud e delle regioni centrali in piano di rientro». Gli screening oncologici, ad esempio, coprono la quasi totalità della popolazione in Lombardia, appena il 30% dei residenti in Calabria. Moltiplichiamo questo per le diverse funzioni di assistenza e prevenzione sanitaria ed avremo il capovolgimento ai danni del Sud e di parte del Centro di questi anni, dopo che per oltre quarant'anni il Paese aveva omogeneamente guadagnato in media 2 mesi di vita l'anno.

«Non si dica però che tutto dipende dalla carenza di risorse - afferma Ricciardi - perché a fare la differenza è invece la capacità di organizzare la sanità sul territorio, visto che in Regioni come Lazio e Puglia l'aspettativa di vita scende mentre la spesa resta stabile, al contrario delle Regioni settentrionali, dove a un contenimento delle spese ha fatto riscontro un aumento degli anni

di vita attesi». Un trend che si conferma anche guardando a un altro indicatore, quello della mortalità evitabile, che in base ai dati dell'Osservatorio diminuisce al Nord, resta stabile al Centro ma aumenta decisamente al Sud, con punte del più 20% in Campania dal 2001. Anche la mortalità in senso stretto è più alta al Sud e non perché ci sia una maggiore incidenza di malattie rispetto al resto del Paese, tant'è che al Nord, ad esempio, ci sono più casi di tumore alla mammella che fa però più morti al Sud. Un andamento che i dati mostrano essere inversamente proporzionali all'andamento della spesa.

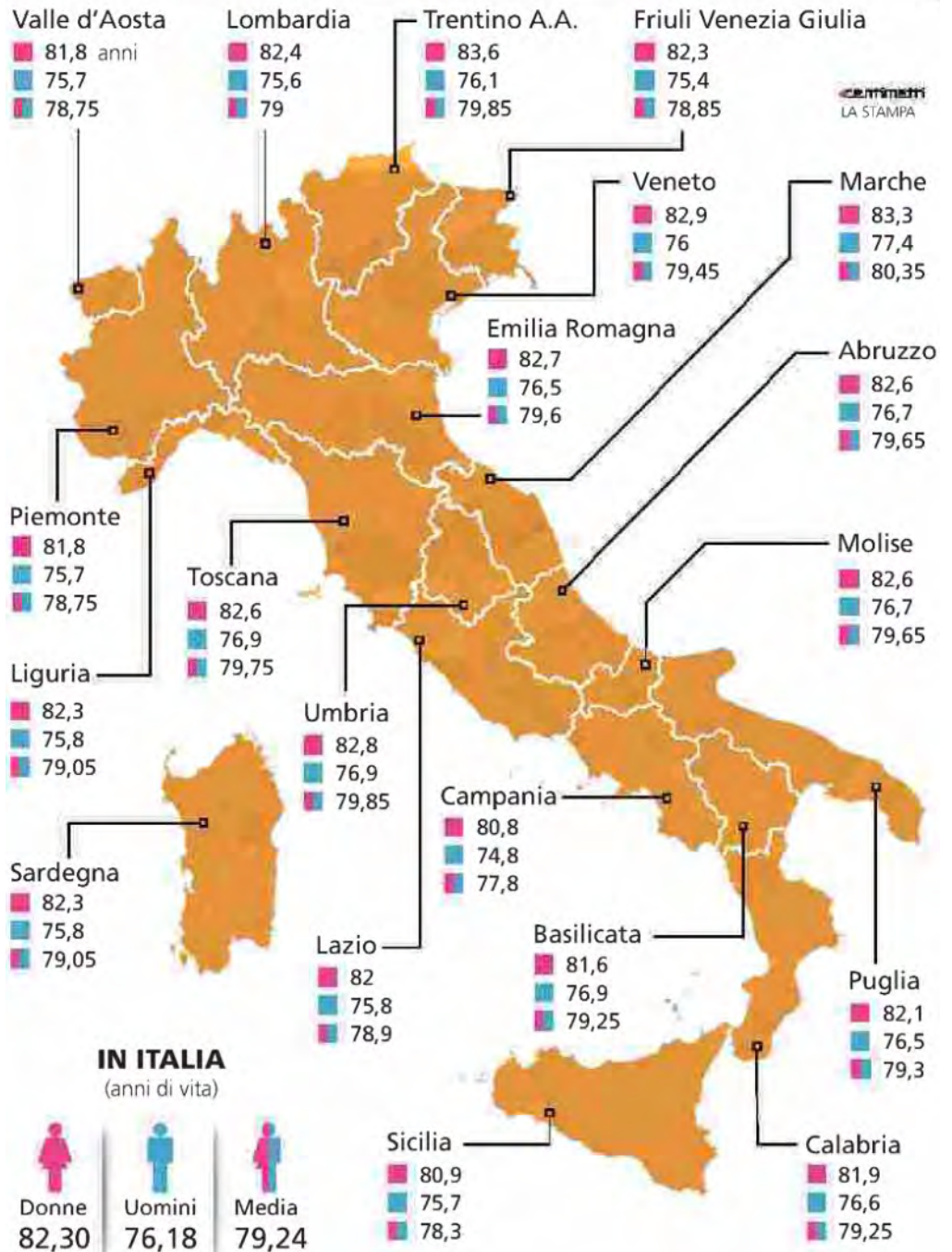
E in futuro la forbice potrebbe allargarsi ancora «se non passerà la modifica del Titolo V della Costituzione, che oltre a sgombrare il campo dagli equivoci della legislazione concorrente consente allo Stato di in-



tervenire quando le cose non vanno bene per i cittadini, grazie alla 'clausola di salvaguardia', che consentirebbe di ripristinare una omogeneità di offerta e accessibilità ai servizi sanitari, colmando il gap tra domanda e offerta». Gap per Ricciardi destinato di per sé ad aumentare, visto che «la pur maggior disponibilità di risorse prevista dalla legge di stabilità non è in grado di tenere il passo della crescita dei bisogni di salute nel nostro Paese». I dati dell'Osservatorio mostrano del resto che al Sud e più in generale nelle Regioni in piano di rientro personale sanitario e finanziamenti scarseggiano più che altrove. «E senza un intervento riequilibratore dello Stato - conclude Ricciardi - per 34 milioni di cittadini italiani l'offerta sanitaria e le condizioni di salute sono destinati a peggiorare ulteriormente. Accentuando le differenze con il resto del Paese».

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

## La «speranza» di vita nelle regioni



**34** milioni  
 Sono gli italiani che nei prossimi anni rischiano di veder peggiorare le proprie condizioni di salute e l'offerta sanitaria

**30** per cento  
 È la percentuale di persone coperte da screening oncologico in Calabria. In Lombardia è la totalità

<http://www.adnkronos.com>

## Ecco l'ago che scioglie i tumori in 5 minuti, tecnica innovativa a Chioggia



Un ago incandescente per battere il tumore in pochi minuti. La tecnica innovativa, denominata termoablazione mediante microonde, permette di sciogliere il tumore (e anche le forme metastatiche) al fegato, ai reni, ai polmoni, alla tiroide e alle **ossa in un'unica seduta, anche ambulatorialmente. La metodica rivoluzionaria** nel trattamento di alcune neoplasie è stata utilizzata nella Chirurgia e Medicina **dell'ospedale di Chioggia**. Gli specialisti - si legge sul sito dell'Ulss 14 di Chioggia - hanno curato con questo trattamento in soli 5 minuti un signore chioggiotto di 75 anni che era affetto da una grave lesione metastatica epatica.

**"L'intervento di alta specialità si è tenuto nelle nuove sale operatorie di day surgery,** recentemente restaurate. La termoablazione mediante microonde – hanno spiegato il primario di Chirurgia Salvatore Ramuscello insieme al responsabile del servizio di ecografia interventistica Mario Della Loggia – è un nuovissimo trattamento che necessita di un generatore di microonde e di un terminale chiamato antenna che, mediante guida ecografica, viene inserita direttamente nella lesione". Si tratta di casi selezionati, discussi col comitato oncologico, dove il tumore non supera i quattro centimetri di grandezza.

**Ma come funziona il trattamento? "L'antenna** - spiegano gli esperti dell'Ulss 14 di Chioggia - attraverso un aumento di temperatura rapido, controllato e localizzato, provoca la distruzione del tessuto malato con la massima precisione. Possiamo intervenire in maniera mininvasiva, con una piccola incisione di 2-3 millimetri, su tumori importanti e calibrare il tipo di cura a seconda della neoplasia: si agisce

**localmente, delimitando e colpendo solo l'area interessata dalla** malattia. Persino **l'intensità di calore e la durata dell'intervento viene misurata in base alla grandezza del** tumore da distruggere - sottolinea il team di medici - In questo modo evitiamo **l'asportazione chirurgica, rendendo possibile il trattamento anche** su pazienti pluripatologici, quindi inoperabili e fragili, con tempi di ricovero più brevi e una migliore ripresa funzionale dei pazienti stessi".

**"I nostri professionisti** – ha evidenziato il direttore generale della Ulss 14 Giuseppe Dal Ben – stanno al passo con i tempi nella formazione e nelle tecnologie proprio per garantire servizi eccellenti ai cittadini che scelgono le nostre strutture. Cerchiamo di curare con le tecniche più innovative, che permettono ai nostri malati di soffrire di meno e di tornare **a casa propria e riprendere la quotidianità in tempi rapidi**".

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

## Niente fumo e poco alcol, le regole salva pancreas

*Per la Giornata Mondiale del Tumore al pancreas 2106 cinque regole di prevenzione declinate al femminile (ricordando Steve Jobs e Patrick Swayze).*

di Anna Alberti



**17 novembre, [World Pancreatic Cancer Day 2016](#)**. Ci ha portato via **Steve Jobs** e **Patrick Swayze**, ma il **tumore al pancreas** si può prevenire - con qualche buona abitudine - o diagnosticare per tempo, con una particolare attenzione ai segni iniziali. Nella giornata dedicata alla **prevenzione**, il professor Carmine Pinto, presidente nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica ([Aiom](#)), ricorda a tutti noi come guardarsi dalla malattia. «È una patologia in forte crescita nel mondo, ma grazie alla ricerca, oggi abbiamo a disposizione nuove armi terapeutiche. Tuttavia solo il 7% dei casi viene diagnosticato allo stadio iniziale, quando possiamo intervenire con più efficacia. Per questo la prevenzione primaria è così importante». Specie per le donne, che nei paesi industrializzati hanno abitudini e comportamenti a rischio sempre più vicini a quelli maschili (vedi fumo e alcol). Per tenersi alla larga da questa forma di tumore particolarmente aggressiva, ecco cinque regole **Aiom** declinate al femminile.

**1. Non fumare:** è un'abitudine in crescita tra le italiane (riguarda il 17% di loro). Il fumo

provoca circa il 30% dei casi di tumore al pancreas.

**2. Tenere sotto controllo il peso:** l'obesità aumenta del 12% il rischio della malattia.

**3. Non eccedere con l'alcol:** la dose/limite da non superare per la popolazione femminile, secondo gli esperti, è di 10 o 20 g al giorno (circa un bicchiere di vino a pasto).

**4. Fare attività fisica** tutti i giorni: previene il sovrappeso (per cominciare va bene anche una passeggiata di 30 minuti al giorno).

**5. Seguire una dieta sana:** no agli alimenti altamente calorici, ricchi di proteine di origine animale, grassi e carboidrati raffinati (vedi farine e zuccheri bianchi). E non dimenticare la regola del *Take Five* (almeno cinque porzioni di frutta e verdura ogni giorno).

**Infine, un menu gourmand** che va dai capelli d'angelo, gamberi e pomodoro, al purè di carote al coriandolo, al pesce spada alla siciliana: solo alcune delle ricette dell'opuscolo [Cooking, Comfort, Care](#) create da un insolito team composto da chef e medici oncologi dell'Aiom, che coniuga la prevenzione per la famiglia e le speciali esigenze di chi è malato. Ricette "buone" proprio per tutti.

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

## LA RICETTA

### ***Spendere di più, spendere meglio***

**L'annuale Rapporto Meridiano Sanità traccia le criticità del servizio sanitario. Ma soprattutto propone soluzioni, come un maggiore investimento in prevenzione: per ogni euro speso se ne potrebbero risparmiare tre nei prossimi dieci anni**

Dopo un decennio di tagli, il servizio sanitario italiano necessita di un'ospicua iniezione di risorse. Specie in alcune aree, come la prevenzione, che annaspano e che, se opportunamente finanziati, consentirebbero risparmi ragguardevoli nel medio-lungo periodo.

Questa la conclusione sintetizzata al massimo dei risultati del Rapporto Meridiano Sanità, elaborato da The European House-Ambrosetti e presentato a Roma il 15 novembre.

Il rapporto, oltre a fotografare lo stato del servizio sanitario, propone soluzioni per coniugare la sostenibilità e i bisogni di salute della popolazione.

Cominciamo dai dati: il servizio sanitario italiano non se la passa bene. Secondo Meridiano Sanità Index, se è vero che sul fronte della qualità dell'offerta sanitaria siamo in linea con l'Europa e che mostriamo (per ora) performance migliori della media europea per quel che concerne lo stato di salute, è altrettanto vero che il Paese manifesta un sensibile ritardo dalla media europea sul fronte dell'efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria e sul fronte della capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute.

Ciò in parte (ma solo in parte) deriva dalle risorse che noi destiniamo alla sanità: si spende una quota inferiore rispetto al Pil (6,9% del Pil rispetto ad una media europea del 7,4%) e la spesa media (pubblica e privata) per abitante è molto più bassa (2.951 euro rispetto ad una media di 3.774 euro).

Non dappertutto, però, è così: continuano e si aggravano infatti le differenze regionali.

Secondo le misurazioni ottenute con il Meridiano Sanità Regional Index, a fronte di Regioni che spiccano (come l'Emilia Romagna e la Lombardia) il Sud continua a rimanere al di sotto della media nazionale. Problemi di cattiva gestione? Probabilmente, ma non solo: il rapporto ha messo in relazione le performance dei sistemi sanitari regionali con il relativo livello di spesa sanitaria, pubblica e privata, mostrando come le Regioni con le performance migliori (quelle del Nord) sono anche caratterizzate da un livello di spesa maggiore e ricchezza maggiore.

Lo specchio del declino del servizio sanitario è un peggioramento dello stato di salute della popolazione: nel 2015 per la prima volta in 10 anni è diminuita la speranza di vita alla nascita, il tasso di mortalità è stato il più alto dal dopoguerra ad oggi e, inoltre, continuano a calare gli anni vissuti in buona salute. Intanto, cresce l'impatto delle malattie croniche che rappresentano una sfida - per l'impatto sulla salute e le risorse - che non può essere ulteriormente rimandata.

Ed è qui che la lacuna forse più ampia del servizio sanitario italiano si fa sentire e riguarda lo scarso impegno in prevenzione. A oggi l'Italia spende in prevenzione 98,4 euro pro-capite, ben al di sotto del 5 per cento della spesa sanitaria fissata dal Piano nazionale prevenzione.

Eppure, la spesa in prevenzione non è solo utile per la salvaguardia della salute: è uno straordinario investimento che consente di liberare risorse in un futuro neanche troppo lontano. Il modello di previsione di Meridiano Sanità ha stimato che un euro investito in prevenzione genera 2,9 euro di risparmio nella spesa per prestazioni terapeutiche e riabilitative e che l'orizzonte temporale nel quale l'investimento in prevenzione manifesta i suoi impatti sulla spesa è di 10 anni.

Per capire cosa significa: se il nostro Paese spendesse oggi in prevenzione quanto la Germania (126,4 Euro pro-capite) la spesa sanitaria al 2050 raggiungerebbe solo l'8,9% del PIL a fronte di previsioni che parlano del 9,2. Sembra un'inezia, ma vuol dire un risparmio di 4 miliardi di euro l'anno.

Da qui le proposte di Meridiano Sanità:

- lanciare una campagna informativa sull'importanza, il valore e la sicurezza delle vaccinazioni;
- investire maggiori risorse in prevenzione (raggiungendo almeno il 5% della spesa sanitaria);
- implementare il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale in modo omogeneo sul territorio nazionale;
- valutare l'obbligatorietà di alcuni vaccini per l'ammissione dei bambini a scuola;
- implementare iniziative di antimicrobial stewardship;
- realizzare campagne di comunicazione sull'antibioticoresistenza;
- attribuire alle DG delle strutture sanitarie indicatori di performance sul controllo delle infezioni ospedaliere e la diffusione di ceppi resistenti;

introdurre incentivi alla R&S di nuovi antibiotici e procedure di fast-track;  
promuovere la ricerca di base e quella indipendente sui nuovi antibiotici;  
aumentare l'estensione e ridurre le disomogeneità regionali dei programmi di screening e stratificare i pazienti per classe di rischio per favorire la diagnosi precoce e la gestione efficace delle patologie;  
individuare e diffondere le soluzioni più efficaci per la riduzione dei fattori di rischio modificabili delle patologie ad "alto impatto";  
avviare progetti sperimentali a livello regionale e locale per realizzare PDTA costruiti con la logica dell'Health Pathway Design;  
introdurre indicatori di accesso effettivo all'innovazione farmacologica;  
diffondere gli strumenti di sanità digitale per migliorare l'accessibilità e garantire la continuità delle cure;  
diffondere la sperimentazione di soluzioni di telemedicina con provato profilo di costo-efficacia e costo-utilità e definire gli strumenti di tariffazione e finanziamento adeguati  
individuare nuove fonti di finanziamento di carattere pubblico-privato, come ad esempio i Social Impact Bond, per favorire la diffusione di soluzioni innovative per la gestione delle cronicità.

 **Il debutto in Cina**

## Il «taglia e cuci» del Dna contro il cancro

di **Adriana Bazzi**

**P**er la prima volta al mondo, ricercatori cinesi della Sichuan University di Chengdu hanno usato una tecnica rivoluzionaria di «taglia e cuci» del Dna (chiamata Crispr-Cas9) nel tentativo di curare un cancro al polmone. Lo riferisce la rivista *Nature*. L'idea è quella di «riattivare» le cellule immunitarie del malato («silenziate» dal tumore) perché possano continuare a fare il loro mestiere e, cioè, colpire le cellule neoplastiche «estranee» all'organismo. E vincere la malattia. È lo stesso meccanismo dei nuovissimi farmaci immunoterapici, oggi le star della terapia anti-cancro. I cinesi ci sono arrivati per primi, ma anche gli americani ci lavorano. È una competizione scientifica che qualcuno ha definito Sputnik 2.0: allora era una questione di supremazia sullo spazio con la Russia, adesso c'è il cancro. Ma la nuova tecnica deve essere valutata nei dettagli per capire se davvero è efficace e se ha effetti collaterali. E poi ci sono i soldi: quanto mai potrà costare questa terapia ultrapersonalizzata se si dimostrerà efficace? Tutto da vedere, ma è giusto che la ricerca continui. © RIPRODUZIONE RISERVATA



✚ **Aria di Salute**



di **Sergio Harari**

**IMMUNOTERAPIA  
 DEI TUMORI  
 I NUOVI SVILUPPI**

**I**ricercatori dell'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare di Milano guidati da Massimiliano Pagani e Sergio Abrignani pubblicano sulla rivista *Immunity* uno studio scientifico che potrebbe aprire nuovi orizzonti nella terapia dei tumori. La ricerca, condotta su campioni di tessuto di pazienti portatori di tumori polmonari e del colon, ha valutato una particolare tipologia di cellule, i linfociti T regolatori, i quali nelle neoplasie aumentano di numero e sono particolarmente efficaci nello spegnere la risposta immunitaria antitumorale, impedendo così al nostro sistema immunitario di aggredire ed eliminare le cellule cancerose. I ricercatori milanesi hanno però identificato nelle cellule T regolatorie dei tumori particolari caratteristiche diverse da quelle da loro espresse nei tessuti sani. Il dato potrebbe condurre a nuovi interessanti sviluppi nella immunoterapia dei tumori.

sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**CHIOGGIA** Un milione e mezzo di visualizzazioni. Operazione possibile anche in altri ospedali

# L'ago incandescente sbanca il web

*Un trattamento rivoluzionario e non invasivo contro i tumori*

L'operazione  
era già stata  
sperimentata  
in altri ospedali

**Marco Biolcati**

CHIOGGIA

Un milione e mezzo di visualizzazioni sul web, 27 mila condivisioni e novemila "mi piace" su Facebook. Il video e il post del paziente chioggiotto di 75 anni a cui viene rimosso il tumore al rene in 10 minuti tramite la "termoablazione mediante microonde" è stata la notizia più letta di sempre sul web del Gazzettino. Anche sul sito è ormai prossima a superare il milione di visualizzazioni. In redazione i telefoni hanno suonato per ore: persone da tutta Italia chiedevano informazioni. Il risalto avuto dalla

notizia dimostra quanto i tumori siano l'incubo della popolazione e quanto si desideri avere soluzioni mediche sempre meno invasive e funzionanti oltre alla chemioterapia. Va peraltro ribadito che l'ago incandescente contro il tumore esiste già da un po' di tempo e anche in altre Asl vengono fatte questo tipo di operazioni. Ma non era scontato che questa tecnica innovativa arrivasse anche a Chioggia, un semplice ospedale di rete e non un "Hub". Da oggi anche i chioggiotti potranno usufruire di questa straordinaria arma in più.

Come già specificato ieri dal primario di Chirurgia Salvatore Ramuscello e dal responsabile del servizio di ecografia interventistica Mario Della Loggia, l'ago incandescente non può essere utilizzato per eliminare qualsiasi tumore e ogni singolo caso va accuratamente studiato: non è, dunque, un'operazione per tutti. L'antenna, attraverso un aumento di temperatura rapido, controllato e localizzato, provoca la distruzione del tessuto malato con la massima precisione, ma si può utilizza-

re solo se il tumore non è più grande di 33 millimetri. Inoltre non deve essere nascosto e deve quindi essere perfettamente raggiungibile dall'ago. Insomma la termoablazione può essere utilizzata solo per quei casi selezionati e discussi dal comitato oncologico. Se si ha la fortuna di poterne usufruire, come per questa prima operazione effettuata a Chioggia, i numeri sono assolutamente da record: una piccola incisione di soli 2-3 millimetri, mezz'ora di preparazione e 10 minuti di operazione vera e propria. Nessun punto di sutura, ma solo un cerotto sulla ferita. Il direttore generale dell'Asl 14 Giuseppe Dal Ben plaude il lavoro dei suoi medici: «I nostri professionisti - racconta - stanno al passo con i tempi nella formazione e nelle tecnologie proprio per garantire servizi eccellenti ai cittadini che scelgono le nostre strutture. Cerchiamo di curare con le tecniche più innovative, che permettono ai nostri malati di soffrire di meno e di tornare a casa propria e riprendere la quotidianità in tempi rapidi».

© riproduzione riservata





## Conoscere meglio la fertilità nasce la «Società scientifica»

**L**a questione sanitaria dell'infertilità e la questione socio-politica della denatalità sono priorità urgentissime. In riferimento all'aspetto sanitario, l'esperienza clinica documenta come, anche tra persone di cultura medio-alta, sia scarsa la conoscenza della fertilità quale bene prezioso della persona e della salute pubblica. Per questo si è recentemente costituita la «Società scientifica italiana per la conoscenza della fertilità» (SicFert) composta da cultori della materia desiderosi di un impegno comune ed interdisciplinare.

L'associazione, con finalità scientifiche, formative e culturali, ha alcuni obiettivi chiari: promuovere la conoscenza della fisiologia procreativa e dell'orologio biologico della fertilità; stimolare la divulgazione di informazioni scientifiche in tale ambito, come pure la pubblicazione di testi scientifici, libri, atti, monografie, riviste, manuali, video, Dvd e altri supporti didattici; sviluppare consapevolezza e responsabilità sulla procreazione, con attenzione agli aspetti biologici, psico-affettivi, sociali ed etici; collaborare con gli organi di governo, i ministeri interessati, in particolare competenti su salute, istruzione, università e famiglia, come pure con regioni, aziende sanitarie, università, enti territoriali, istituzioni pubbliche e private.

«L'auspicio - riferisce la presidente, la ginecologa Gabriella Bozzo - è di sensibilizzare sia alla conoscenza della fertilità come diritto di ogni donna per una scelta libera da condizionamenti e più consapevole delle priorità, sia alla tutela della fertilità e alla prevenzione dell'infertilità, anche stimolando, indirettamente, risposte alle grandi domande di senso sul significato della vita, del procreare umano e della generatività sociale». Info: [associazione.sicfert@gmail.com](mailto:associazione.sicfert@gmail.com)

**Angela Maria Cosentino**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## E-Health. La classifica dell'Istituto per la competitività

# La sanità elettronica al palo: l'Italia è diciottesima in Europa

### INODI

Il fascicolo sanitario elettronico (Fse) è operativo solo in 7 regioni, più avanti l'attuazione della ricetta online

### Roberto Turno

ROMA

■ In tutto il mondo è considerata una delle carte vincenti della sanità del futuro. Per la qualità dell'assistenza, per l'efficienza e per i risparmi che può garantire. Tanto che spesso in Europa, per non dire negli Usa, è già una realtà consolidata e in continua crescita. Ma in Italia non decolla, se non in poche regioni. La sanità elettronica - e-health - da noi è ancora una grande incompiuta, quasi una sconosciuta. Al punto che nella classifica Ue-28 l'Italia occupa una mortificante diciottesima posizione, alla pari con la Lituania. Dietro di noi tutta l'Europa dell'Est, con Polonia e Bulgaria in fondo alla classifica. Tutto il resto d'Europa ci supera. A partire dalla Danimarca, il vero regno dell'e-health nel Vecchio Continente. Che sta anni luce davanti all'Italia: il 67% in più.

A stilare il ranking europeo della diffusione della sanità elettronica è I-Com, l'Istituto per la competitività, che oggi presenta a Roma un rapporto sull'"internet delle cose e la rivoluzione 5G". Rapporto che all'e-health dedica appunto un capitolo specifico, considerato l'impatto già effettivo e tanto più quello potenziale che la sanità elettronica rappresenta, sia per le cure che per l'organizzazione, la gestione e i costi dei servizi sanitari.

Sotto la spinta del piano d'azione "Sanità elettronica 2012-2020" della Commissione europea, l'e-health dovrebbe compiere nella Ue passi da gigante. Risorse e finanziamenti ad hoc permettendo. Fatto sta che l'Italia, secondo la classifica stilata da I-Com, non naviga sicuramente tra le posizioni di testa, anzi. Secondo l'Agid (Agenzia per l'Italia digitale) il fascicolo sanitario elettronico (Fse) è operativo solo in 7 regioni:

Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino, Emilia Romagna, Toscana, Sardegna e Puglia. In Campania, Calabria e Sicilia non è stato ancora implementato, nelle altre regioni si sta cominciando. Meglio va con la e-prescription, la ricetta elettronica, che proprio ieri Federfarma ha dato per realizzata per il 78% delle ricette, con Campania, Molise e Veneto al top.

Qualcosa si muove, insomma. E non sempre la regione che arranca per una forma di sanità elettronica, è in ritardo per l'insieme dell'e-health. Ma, in ogni caso, lo studio dell'Istituto per la competitività giudica «poco sviluppate» sia la telemedicina che «le soluzioni digitali che permettono un'interazione diretta tra strutture comunitarie e comunità». Il grande assente, oltre a una cultura diffusa nel sistema sanitario italiano, sono gli investimenti. Ma anche la velocizzazione normativa e la relativa implementazione sul campo. Un esempio: il «Patto per la salute digitale», arrivato al traguardo quest'anno, ma con due anni di ritardo. E che ora deve trovare forma concreta e applicazione diffusa. Con investimenti che però sono sempre al lumicino, anche con la nuova legge di Bilancio per il 2017 all'esame della Camera.

Eppure il mondo va in quella direzione. Si pensi che secondo uno studio di PwC l'"Internet delle cose" nel suo complesso potrebbe far risparmiare 99 miliardi di dollari in spese sanitarie nella Ue, aggiungendo 93 miliardi al Pil. E di prolungare la vita professionale a 11,2 milioni di malati cronici. Tutto questo mentre avanza la "fase 2": la mHealth, la sanità mobile, in rapidissimo sviluppo. Con le app per la salute che hanno superato quota 165 mila e con un download di app per la salute arrivato a quota 3 miliardi, quasi raddoppiate in soli tre anni. Ecco perché la sfida va colta al volo, perché il futuro è adesso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Sanità24

Il Sole  
24 ORE

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa



16 nov 2016

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

## TAG

Farmaci

Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas

Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)

DAL GOVERNO

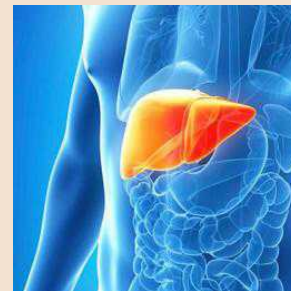
## Lorenzin: ancora inaccettabili i prezzi dei farmaci contro l'Epatite C. Melazzini: presto una nuova trattativa

«I prezzi dei farmaci contro l'Epatite C sono ancora per noi inaccettabili. E' intollerabile che un Governo si faccia dettare l'agenda da chi non è a contatto con i pazienti quotidianamente». Lo ha detto il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, intervenendo al convegno "Pazienti, clinici e istituzioni per un obiettivo comune: eliminare l'Hcv in Italia", in corso presso il ministero della Salute. «L'Agencia del farmaco - ha aggiunto - sta ancora trattando sui prezzi degli antivirali ma la trattativa non è ancora chiusa».

Per Lorenzin questo caso deve essere gestito in un'ottica etica e sociale. «Come Italia - ha proseguito - abbiamo avuto in questo campo una strategia che ci fa stare avanti rispetto all'Europa. Abbiamo deciso di costituire un fondo e fare un reclutamento dei pazienti con dei registri che ci permettono di gestire tutti gli acuti». Si tratta, ha specificato, «di una larga platea, quindi nella trattativa sui prezzi dei farmaci dobbiamo venirci incontro». Insomma, «è giusto che ci sia una remunerazione per l'azienda farmaceutica ma deve essere sostenibile per Paesi come l'Italia che ha oltre un milione di persone infette». Oggi, ha ricordato Lorenzin in proposito, «molti piccoli Paesi europei non riescono a erogare questi farmaci perché hanno un numero di pazienti troppo piccolo e quindi gli costa troppo».

Dal canto suo il presidente di Aifa, Mario Melazzini ha confermato: «Ci vedremo presto con società scientifiche e associazioni di pazienti per andare a rivedere i criteri di accesso alle terapie anti Hcv, non perché non siano corretti, ma per poter potenzialmente ampliare la platea dei soggetti destinatari, avendo ben chiaro l'obiettivo di fare arrivare questi farmaci a chi ne ha più bisogno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## CORRELATI

MEDICINA E RICERCA

03 Settembre 2015

**Epatite C: innovazione sostenibile per il Ssn entro 5 anni**

MEDICINA E RICERCA

03 Settembre 2015

**Hcv tra sostenibilità di sistema e accesso alle cure**

IMPRESE E MERCATO

03 Settembre 2015

**Vendite in farmacia in salita del 4,8% nel 2015**



521

Giovedì,  
17 novembre  
2016

vita@avvenire.it

## È il tempo delle staminali «responsabili»

*A Padova  
il summit  
dei ricercatori  
che spostano la  
frontiera delle  
terapie verso  
le cellule adulte  
riprogrammate.  
Yamanaka:  
in corso i primi  
test clinici*

di **Enrico Negrotti**

inviato a Padova

**F**erve in molteplici direzioni la ricerca sulle cellule staminali, e rispetto a pochi anni fa si realizzano studi più mirati ma anche forse più responsabili, rispetto sia ai valori etici di base sia alle necessità dei pazienti. Sono gli obiettivi emersi ieri a Padova nella giornata inaugurale del terzo Congresso internazionale della ricerca responsabile sulle cellule staminali (dopo quelli di Roma nel 2006 e di Montecarlo nel 2009), organizzato dal Dipartimento della salute della donna e dei bambini dell'Università di Padova (diretto da Giorgio Perilongo) in collaborazione con la Pontificia Accademia per la Vita (Pav), con il supporto della Fondazione Jerome Lejeune e del Comitato consultivo bioetico del Principato di Monaco. Significativo il titolo: «Dalle cellule ai prodotti cellulari: sviluppo di nuovi strumenti terapeutici».

Il congresso, spiega il copresidente

Maurizio Muraca, «ha luogo in un momento di particolare sviluppo della medicina rigenerativa, che vede contemporaneamente la scoperta di nuovi strumenti terapeutici, potenzialmente più semplici ed efficaci, lo sviluppo di nuove tecnologie di produzione e l'ingresso nel settore della grande industria farmaceutica. Un contesto così dinamico apre nuove opportunità e interrogativi in ambito medico, normativo, etico, socio-economico e della comunicazione». A introdurre i lavori un videomessaggio di Shinya Yamanaka, il ricercatore giapponese che vinse il Nobel per la medicina nel 2012 proprio per la sua scoperta della possibilità di "riportare indietro" l'orologio dello sviluppo cellulare fino a uno stadio simil-embrionale, generando le Ips (staminali pluripotenti indotte). Lo scienziato ha dato conto del rapido svilupparsi in Giappone degli esperimenti con le Ips, grazie ai massicci fondi che in questo tipo di ricerca il Paese asiatico ha investito, rivelando che sono iniziati anche test clinici di fase 1 (relativi alla sicurezza) per la terapia della degenerazione maculare legata all'età e per produrre piastrine e globuli rossi. In più ha spiegato che è in corso un'opera di bancaggio di cellule Ips ricavate dal sangue, dal midollo osseo e dal cordone ombelicale, che sono poi messe a disposizione delle sperimentazioni delle aziende farmaceutiche. Un ampio panorama sulla medicina rigenerativa è stato poi presentato dalla presidente del congresso, Katarina Le Blanc (Clinica ematologica del Karolinska Institutet di Stoccolma), nota nel mondo della ricerca internazionale per i suoi studi sulle cellule

mesenchimali e sulla loro capacità immunomodulatoria nella grave complicanza dei trapianti di midollo osseo nota come Gvhd (*Graft versus host disease*), un'aggressione delle cellule trapiantate verso l'organismo del paziente che le riceve. Le Blanc ha confermato i risultati eccellenti che queste cellule mesenchimali stanno ottenendo, e ha poi presentato studi innovativi sulle proprietà antibatteriche delle cellule progenitrici presenti nella mucosa orale. Ancora della capacità di rigenerazione e immunomodulazione delle cellule staminali mesenchimali si è occupato lo statunitense Peter Quesenberry (direttore di Oncoematologia alla Brown University, nel Rhode Island). Rispetto agli interrogativi sul loro meccanismo di azione, Quesenberry ha prodotto dati che confermano le ipotesi che queste cellule staminali, a fronte di un danno tissutale, producano microvescicole - specie di cargo - che contengono piccoli Rna, proteine e lipidi che rilasciati nel tessuto danneggiato ne modulano la rigenerazione. Analoghe ricerche stanno conducendo, in Italia, i gruppi di ricerca di Giovanni Camussi a Torino e di Lorenza Lazzari a Milano.



«Siamo in un'epoca in cui si stanno vedendo sempre di più le applicazioni cliniche - ha osservato Giorgio Perilongo, copresidente del congresso - e c'è bisogno di uno sforzo progressivo con tempi di realizzazione che si vanno accorciando per portare queste ricerche di laboratorio al letto del paziente. Mai come ora c'è bisogno di un continuo scambio di informazioni, in quanto le cose sono più complesse e articolate di quanto si credeva all'inizio. La ricerca "responsabile" deve anche evitare di creare aspettative esagerate nel pubblico, come insegnano le distorsioni (vedi il caso Stamina) cui possono dare origine».

«È importante l'attenzione per l'alta qualità scientifica della ricerca in atto - commenta il cancelliere della Pav, monsignor Renzo Pegoraro -, che oggi si è molto specializzata, facendosi forse più concreta e umile rispetto alle aspettative o agli approcci facili di qualche anno fa. È importante l'attenzione a coniugare questo valore scientifico con alcuni aspetti etici: si parla oggi di cellule umane adulte o riprogrammate (Ips) e non di cellule embrionali perché prima c'era un approccio forse più ideologico che reale, mentre si sta dimostrando che le cellule dell'adulto o quelle riprogrammate sono le più efficaci. Si può coniugare la concretezza scientifica con l'attenzione ai valori etici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Ricerca su nuovi farmaci «orfani» la spesa sanitaria taglierà le cure?

NEWS

**P**er un farmaco destinato a una patologia che colpisce 0,5 pazienti ogni 10mila abitanti (3mila in Italia) l'Agenzia italiana del farmaco accetta un costo annuo per la terapia di 10mila euro, inferiore al costo unitario per molte patologie croniche. È uno degli aspetti sconosciuti relativi ai «farmaci orfani» emersi dal rapporto curato dall'Ossfor (l'Osservatorio che monitora questo genere di medicinali), che tenta di mettere in discussione l'opinione diffusa che le aziende farmaceutiche non abbiano interesse a sviluppare farmaci per malattie rare. «Il numero crescente di terapie dimostra il contrario - afferma Ilaria Ciancaleoni Bartoli, direttore dell'Osservatorio -, ovvero che non mancano ricerca e investimenti privati. Il vero problema oggi è rappresentato dalle difficoltà economiche di molti Paesi», i cui servizi sanitari devono fare i conti con pesanti tagli di bilancio, con riflessi immediati sulla spesa farmaceutica e dunque sulle risorse in campo per la ricerca. La sostenibilità, nota l'Ossfor, non può tradursi nel mancato diritto alle cure.

# Sanità<sub>24</sub>

Il Sole  
**24 ORE**

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa



**16** nov  
2016

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

## TAG

Patto per la salute

Intesa Stato-Regioni

Sicurezza sul lavoro

Federalismo

LAVORO E PROFESSIONE

## Riforma costituzionale: quali possibili riflessi sulla sanità pubblica

di Carlo Signorelli (presidente Siti)

Nelle politiche sanitarie italiane si sono evidenziate negli ultimi decenni due forze tra loro contrapposte: da un lato la spinta alla devolution (definita spesso, anche se impropriamente, federalismo sanitario) e quella alla centralizzazione. La prima è culminata con la riforma del titolo V della Costituzione nel 2001 e ha segnato il conferimento di poteri più ampi alle Regioni e Province autonome (R&PA). La riforma costituzionale in atto elimina il controverso istituto della legislazione concorrente prevedendo comunque, per la materia sanitaria, uno sdoppiamento delle competenze tra Stato e Regioni. In realtà la tendenza alla centralizzazione emersa è stata già evidente in alcuni atti normativi come la legge di stabilità 2016, i piani di rientro, il controllo statale delle finanze regionali, l'istituzione dell'Agenzia unica nazionale per le ispezioni del lavoro e dagli standard minimi delle strutture ospedaliere previsti dal decreto ministeriale 70/2015.



Le peculiarità delle politiche di prevenzione vedono il coinvolgimento di una pluralità di soggetti (UE, Stato, Regioni, Enti locali) e regolano una complessità di fenomeni che spesso sono difficili da ricondurre a una normativa unica in capo ad un'unica materia. La governance dell'area prevenzione viene attualmente gestita a diversi livelli: allo Stato centrale è lasciata la programmazione sanitaria nazionale e la determinazione dei LEA, mentre le Regioni disciplinano le modalità organizzative, il funzionamento, l'economicità e la qualità dei servizi sanitari erogati.

Per quanto riguarda le politiche vaccinali, nonostante, i molti sforzi degli esperti e delle società scientifiche per uniformare questo strumento di prevenzione primaria, l'assetto legislativo vigente ha lasciato ampio spazio di autonomia agli Enti Regionali nella definizione dei calendari vaccinali. Se quindi da un punto di vista politico tale autonomia è conosciuta come "federalismo vaccinale", gli effetti di questa disomogeneità d'accesso alle singole pratiche vaccinali e le conseguenti situazioni molto difformi tra le Regioni hanno determinato un quadro "a macchia di leopardo" che mina l'equità d'offerta e crea un terreno poco solido su cui fondare campagne volte al raggiungimento dei tassi di coperture che si avvicinino agli obiettivi, come evidenziato in molti documenti tecnici. La riforma costituzionale potrebbe portare ad una centralizzazione decisionale. Per quanto riguarda gli aspetti di tutela della sicurezza alimentare, si deve ricordare che i molteplici livelli sovraregionali di sorveglianza e coordinamento di tali attività già esistenti e in via di ulteriore consolidamento verranno rafforzati, in un sistema che probabilmente non subirà modifiche rilevanti rispetto alla situazione esistente. Strumento importate è il Piano Nazionale Integrato (PNI) 2015-2018. Esso descrive tutto il Sistema dei controlli ufficiali svolti lungo l'intera filiera alimentare al fine di tutelare i cittadini dai pericoli di natura sanitaria e dalle pratiche produttive sleali.

Il "Testo unico sulla sicurezza sul lavoro" (D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i.), già uniformava le norme da rispettare su tutto il territorio nazionale, le modalità di sorveglianza e lo stretto legame con la Magistratura e gli Organi di Polizia. L'attività pratica della sorveglianza e del monitoraggio è attualmente demandata ai servizi competenti delle Aziende USL, ma si tenga presente che, in forza dell'evidenza di difformità di controlli sulle misure preventive, stati di salute ed eventuali esiti, è stato approvata ad Aprile 2016 (indipendentemente dal percorso della riforma costituzionale) l'istituzione dell'Agenzia Unica per le ispezioni del Lavoro. La stessa eserciterà tali attribuzioni, e in particolare quella della programmazione e del coordinamento delle

attività di prevenzione e di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro, con un rafforzamento dei relativi poteri rispetto all'assetto vigente. Modalità di raccordo più forte, che possa fare da sintesi tra le diverse istanze e, contemporaneamente, dare impulso alle varie attività di prevenzione e di contrasto agli infortuni e alle malattie professionali.

Si può quindi concludere che la riforma va nella direzione di un rinnovato centralismo (che l'esito positivo del referendum consoliderebbe) dall'altro alcune recenti leggi (come l'istituzione dell'Agenzia unica per le ispezioni del lavoro; l'elenco nazionale dei manager sanitari; gli standard minimi delle strutture ospedaliere, il decreto di Ministero della Salute e MEF sui bilanci) nonché atti di programmazione e intese Stato-Regioni (Patto per la salute 2014-16; Piano Nazionale Esiti; Piano Nazionale della Prevenzione) hanno già recepito questa tendenza. Il settore delle attività di prevenzione e di sanità pubblica è apparentemente interessato dalla riforma per la norma che riporta alla legislazione statale (ma non alla gestione centrale!) le iniziative legislative sulla sicurezza alimentare e sicurezza sul lavoro, oltre che le disposizioni generali e comuni per la tutela della salute (dizione tanto altisonante quanto generica!). Ma a riguardo si fa notare come, anche a legislazione vigente, si sia già evidenziata un'impostazione centralista (vedi il caso del d.lgs. 81/2008 o dei Regolamenti sulla sicurezza alimentare che hanno recepito direttive dell'UE) e come qualunque futura norma nazionale sulla tutela della salute dovrà comunque interfacciarsi con l'organizzazione dei servizi sanitari delle R&PA con modalità da stabilire.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## CORRELATI

### IN PARLAMENTO

10 Settembre 2015

**Gelli (Pd): Basta tagli alla sanità. La difenderemo con le unghie e con i denti. Anche per questo vanno tutelati i dipendenti del Ssn**

### IN PARLAMENTO

09 Settembre 2015

**De Biasi (Senato): «Basta tagli e pensiamo agli operatori. Ospedali, Gutgeld faccia chiarezza. Chi frena il Ddl Lorenzin?»**

### LAVORO E PROFESSIONE

06 Giugno 2016

**Art. 22, l'Intersindacale boccia il «medico laureato non specialista». E rilancia sull'accordo del 9 marzo con Palazzo Chigi**