



RASSEGNA STAMPA

14-12-2016

1. ILSOLE24ORE.COM Lorenzin: un onore servire il Paese, i numeri ci sono e dobbiamo guardare alle cose da fare
2. QUOTIDIANO SANITÀ La conferma di Lorenzin. Le reazioni del mondo della sanità
3. DOCTOR33 Lorenzin alla Camera: priorità all'approvazione dei nuovi LEA
4. QUOTIDIANO SANITÀ Ddl "Responsabilità professionale" a rischio? Se vuoi che sia approvato subito firma la petizione
5. LASTAMPA.IT Tumore al polmone, la scienza punta sull'immunoterapia
6. QUOTIDIANO SANITÀ Ricerca scientifica e innovazione. "L'Italia ha le carte in regola per diventare hub europeo"
7. SOLE 24 ORE Riforma Pa, si riparte da partecipate e anti-assenteisti
8. LA STAMPA Presto modificheremo anche il nostro Genoma
9. ANSA In Italia -17mila nati in 2015, in 50% casi dipende dall'uomo
10. Lea
11. MESSAGGERO Epatite C cure per tutti l'ultima sfida
12. CORRIERE DELLA SERA Medicine no logo
13. ILSOLE24ORE.COM Celiachia, nel 2015 i casi aumentano del 6,2%
14. IL MESSAGGERO Ipocondria il segreto è nella testa

Sanità24

Il Sole
24 ORE[Home](#) [Analisi](#) [Sanità risponde](#) [Scadenze fiscali](#) [Sanità in borsa](#)**13** dic
2016

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

Lorenzin: un onore servire il Paese, i numeri ci sono e dobbiamo guardare alle cose da fare

«È sempre un onore servire il mio Paese. In questa fase d'emergenza bisogna ascoltare ancora di più i cittadini più deboli e in difficoltà». Lo ha scritto nella serata di ieri su Twitter la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, confermata alla guida del dicastero nel nuovo Governo Gentiloni.

Dopo il giuramento al Quirinale, a proposito dell'atteggiamento di Ala rispetto alla nascita dell'Esecutivo, Lorenzin ha poi dichiarato: «I numeri della maggioranza ci sono. Noi abbiamo assunto un lavoro, anche in base alle consultazioni che sono state fatte, ma ritengo che i numeri ci sono e dobbiamo guardare alle cose da fare».



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Martedì 13 DICEMBRE 2016

La conferma di Lorenzin. Le reazioni del mondo della sanità

Ieri sera, subito dopo lo scioglimento della riserva da parte del nuovo presidente del Consiglio, c'è stato il giuramento dei nuovi ministri. In larga parte si è trattato di una conferma, proprio come nel caso di Lorenzin alla Salute. Non si sono fatte attendere le reazioni per questa scelta da parte del mondo della Sanità, a partire dalle dichiarazioni di Fnomceo, Ipasvi, Cimo, Cisl Medici, Farmindustria, Federsanità Anci, Assogenerici, Anaa Assomed, Aaroi- Emac, Fimmg e Sumai.

Beatrice Lorenzin resta alla guida del Ministero della Salute anche nel nuovo Governo guidato da Paolo Gentiloni. Ieri sera, poco dopo lo scioglimento della riserva da parte del nuovo presidente del Consiglio, c'è stato il giuramento dei nuovi ministri. In larga parte si è trattato di una conferma, proprio come nel caso di Lorenzin alla Salute.

Non si sono fatte attendere le reazioni del mondo della sanità alla notizia.

Fnomceo: "Bene riconferma Lorenzin". "Nel difficile percorso a ostacoli che la Sanità deve affrontare in questo paese, abbiamo evitato un ulteriore ostacolo perché il Ministro Lorenzin ben conosce insidie e punti di forza del cammino. Riconosciamo al Ministro partecipazione, disponibilità e competenza. Plaudiamo alla continuità per la sua riconferma, ed esprimiamo l'auspicio di poter lavorare altrettanto bene con il Presidente del Consiglio, Paolo Gentiloni, il nuovo Ministro del Miur, Valeria Fedeli, e il Governo tutto". Con queste parole il Presidente della Fnomceo, Roberta Chersevani, ha accolto la notizia della nascita del nuovo Governo, che vede ancora Beatrice Lorenzin al Ministero della Salute.

Ipasvi: "Una buona notizia per professionisti e sistema". "La conferma di Beatrice Lorenzin a ministro della Salute è una buona notizia per il Servizio sanitario nazionale e per i professionisti che ne rappresentano un pilastro fondamentale. Lorenzin durante il suo dicastero ha sbloccato situazioni in stallo ormai da anni, primi tra tutti i nuovi livelli essenziali di assistenza fermi ancora al testo del 2001, ma anche il Piano nazionale cronicità che rappresenta la prima vera "porta" sull'assistenza territoriale fatta da team di professionisti", dichiara Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi.

Il ministero di Lorenzin, ricorda la presidente degli infermieri, ha anche affiancato le Regioni nel Comitato di settore, definendo quella che sarà la guida al nuovo contratto, dopo sette anni di attesa e ha difeso fino in fondo le risorse e la struttura della sanità pubblica evitando che fosse oggetto di ulteriori, ennesimi tagli.

"La sua conferma – prosegue - è una buona notizia perché numerosi atti in cantiere possono così sperare di essere portati a termine. Gli stessi Lea, ai quali manca solo il parere del Parlamento, ma anche, appunto, il contratto e tutte quelle norme in cui senza una difesa interna da parte del Governo, si rischierebbe di restare ancorati a vecchi modelli che ormai hanno dimostrato di aver fatto il loro tempo e che al momento della crisi hanno tentato già di fare capolino all'orizzonte della programmazione e della regolamentazione.

In questo senso la presenza di Lorenzin consentirà di avviare e concretizzare la concertazione affinché si possano realizzare gli obiettivi del Patto per la salute di ammodernamento del Ssn teso e valorizzare modelli innovativi e il contributo delle diverse professionalità.

E fondamentale è la sua presenza per proseguire nella strada dell'approvazione del disegno di legge che porta il suo nome sugli Ordini professionali, giunto quasi al traguardo, ma che in sua assenza avrebbe rischiato di arenarsi nelle crisi di Governo come ormai accade da oltre dieci anni.

Una buona notizia quindi – conclude Mangiacavalli - che ci auguriamo consenta al Servizio sanitario di

chiudere il cerchio della ricerca di efficienza e appropriatezza che fin qui è stato disegnato e che ha bisogno della competenza e delle capacità già dimostrate dal ministro e dal suo ministero per gettare le basi di un sistema mirato ai reali bisogni attuali dei cittadini e proiettato verso quelli futuri”.

Cimo. "La conferma di Beatrice Lorenzin è un'ottima notizia per la sanità. Il Ministro nel suo precedente incarico si è impegnato nella difesa del SSN ed è riuscita a far approvare nella legge di bilancio l'aumento a 113 miliardi del Fsn. La continuità consente di poter portare a conclusione una serie di questioni rimaste in sospeso, come i Lea, la legge sulla colpa professionale e quella sugli Ordini, l'art. 22 del Patto per la Salute, solo per ricordarne alcuni. E soprattutto a trovare soluzioni adeguate per il rinnovo del contratto di lavoro. Nell'augurare buon lavoro al Ministro rinnovo la disponibilità di Cimo ad un confronto costruttivo". Così il presidente Cimo, Riccardo Cassi, commenta la conferma di Beatrice Lorenzin come ministro della Salute nel nuovo Governo Gentiloni.

Cisl Medici. "La Cisl Medici ha seguito con comprensibile interesse gli sviluppi della rapida - anche se non inattesa - crisi di governo conseguente ai noti esiti della consultazione referendaria del 4 Dicembre. Proprio per questo, nell'ascoltare il nuovo Presidente del Consiglio annunciare la lista dei ministri abbiamo accolto con favore la conferma di Beatrice Lorenzin al dicastero della Salute", lo ha dichiarato Biagio Papotto, Segretario Generale Cisl Medici.

"Siamo soddisfatti perché confidiamo nella prosecuzione del buon lavoro svolto fino ad ora in modo sufficientemente corale, pur con i naturali ruoli e gli inevitabili momenti di tensione. Abbiamo la ferma volontà - continua Papotto - di non lasciare abbandonato il tavolo di confronto già in essere da alcuni mesi e che dovrà fornire risposte e conferme in merito agli stanziamenti per la salute degli italiani, i rinnovi contrattuali, il superamento del precariato e molto altro ancora".

"Molto c'è ancora da fare, e senza alcuna partigianeria siamo da sempre pronti a trattare con qualsiasi interlocutore, ma è un fatto che la conferma nel ruolo di massimo referente politico di un ministero così importante è un buon viatico per incrementare i risultati già raggiunti. Per questo salutiamo volentieri - conclude Papotto - la permanenza del ministro Lorenzin, siamo pronti a riprendere il dialogo e auguriamo a lei e a noi stessi buon lavoro".

Federsanità Anci. "Soddisfatti per la riconferma di Beatrice Lorenzin alla guida del Ministero della Salute, Federsanità Anci auspica di poter collaborare ancora insieme per la promozione di progetti e iniziative per rispondere al meglio ai bisogni di salute dei cittadini. L'impegno delle Aziende sanitarie e ospedaliere e dei Comuni sarà, come sempre, sinergico con quello del Ministero per migliorare i percorsi di cura e l'assistenza sul territorio".

Assogenerici. "Riteniamo estremamente positiva per la sanità italiana questa conferma, che permette di non interrompere il proficuo confronto tra il Ministero e gli attori del comparto che si è instaurato in questi anni. Auguriamo buon lavoro al Ministro Lorenzin e rinnoviamo fin d'ora la nostra disponibilità alla più ampia collaborazione" dice Enrique Häusermann, presidente di Assogenerici.

Anaa: "Gentiloni e Lorenzin sono avvisati: "L'ultima ruota del carro si è rotta"

Non è inutile ricordare al nuovo Governo che si insedia, ed alla Ministra della salute che si re-insedia, che la crisi della sanità pubblica, e la questione medica al suo interno, rappresenta una delle emergenze cui far fronte in tempi ravvicinati. Perché costituisce tanta parte della crisi sociale che gonfia la rabbia elettorale, se è vero come è vero che 11 milioni di cittadini si vedono costretti a rinunciare alle cure e che la crescita delle disuguaglianze rende metà Paese simile all'Est Europa. Così l'Anaa Assomed in una nota.

Le radici territoriali del rifiuto che ha trionfato nel voto referendario sono le stesse in cui la salute non è un diritto, ma un optional ed i livelli di assistenza, i vecchi come i nuovi, sono non essenziali ma eventuali. Fare tesoro degli errori commessi vuol dire considerare il diritto alla salute non solo fondamentale, come il patriottismo costituzionale impone, ma prioritario all'interno dell'agenda politica. Inscindibile da quello dei medici a curare in autonomia e responsabilità, senza cronometri e senza abusi. Diritto alla cura e diritto a curare, cittadini e medici sono indissolubilmente legati e farebbe bene la Ministra della Salute ad ascoltare entrambi.

Oggi le condizioni di lavoro dei medici e dei dirigenti sanitari dipendenti del SSN, incompatibili con l'irrisorio incremento retributivo promesso dalla legge di bilancio, costituiscono un fattore limitante l'accesso alle cure ed incentivante la desertificazione professionale che ci attende nei prossimi anni. Urgente è stabilizzare i precari in attesa da oltre 10 anni, invisibili che prima di perdere speranza e futuro preferiscono cambiare Paese, e garantire ai giovani nuova occupazione, requisito fondamentale per stare in Europa e fare dei nuovi LEA una

questione non nominalistica, mantenendo l'impegno di condurre in porto quella legge sulla sicurezza delle cure fermata all'ultimo miglio dalla frenesia referendaria e dalla crisi.

La rabbia che attraversa le urne elettorali testimonia anche la frantumazione della coesione sociale e del principio di uguaglianza dei cittadini italiani di fronte alle malattie, figli dello strisciante abbandono della sanità pubblica e della svalorizzazione del suo capitale umano.

Le categorie ospedaliere non sono affatto pacificate, come dimostra il frequente succedersi di prese di posizione, assemblee, sit in e scioperi, proclamati e realizzati. E non lo saranno fino a che la politica non si farà carico del disagio che esprime questo patrimonio professionale tradito nei valori che esprime, sbattuto in prima pagina e vilipeso nei talk show per il solo fatto che psicopatici travestiti da medici compiono orribili delitti. Presidente del Consiglio e Ministra sono avvisati: l'ultima ruota del carro si è rotta.

Fimmg: "Conferma Lorenzin un segno di attenzione alla continuità"

La sanità italiana ha più che mai bisogno di continuità nell'approccio alle dinamiche di evoluzione a cui stiamo assistendo.

Temi come i LEA, il Patto della salute, la digitalizzazione della sanità, un nuovo rapporto con i professionisti della salute hanno bisogno di attenzione da parte del governo che non poteva ricominciare da zero". Lo dichiara Silvestro Scotti Segretario Nazionale della FIMMG.

"Al ministro Lorenzin auguriamo buon lavoro, rendendoci disponibili al dialogo e ai contributi sui temi caldi sul tavolo - continua Scotti - forti del ruolo che ci riconoscono per primi i nostri pazienti quale figura del SSN a loro più vicina. Speriamo, infine, - conclude Scotti

- certi dell'attenzione del Ministro Lorenzin, che nell'agenda del Presidente del Consiglio Gentiloni ci sia il DPCM necessario, vista la recente approvazione della legge finanziaria, ai contenuti economici per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale".

Sumai-Assoprof: "Buon lavoro al Ministro Lorenzin"

"Il Sumai-Assoprof augura buon lavoro al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin e si congratula per la conferma nel nuovo Governo guidato da Paolo Gentiloni". Così il segretario generale del Sumai-Assoprof, Antonio Magi commenta la conferma della Ministra nel nuovo Esecutivo. "La scelta di confermare Lorenzin alla guida del Ministero va nel segno della continuità del lavoro avviato in questa legislatura – sottolinea Magi -. Al Ministro riconosciamo la sua apertura al dialogo e attenzione alla professione come anche dimostrato in occasione dell'ultima Legge di Bilancio con l'introduzione di un emendamento per vincolare al Fsn le risorse per il rinnovo della convenzione". "Il nostro auspicio – prosegue Magi - è che i provvedimenti in cantiere, primo tra tutti i nuovi Lea, possano finalmente vedere la luce. Inoltre, anche alla luce proprio dell'emendamento concordato con il Ministro e approvato in Legge di Bilancio, siamo fiduciosi che possa essere approntato il DPCM necessario a fissare i contenuti economici specifici per il rinnovo della convenzione".

Farindustria. "Consideriamo estremamente positiva la riconferma - nella nuova compagine governativa guidata dal premier Paolo Gentiloni - del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Una scelta che va nella direzione della continuità di cui ha tanto bisogno la Sanità italiana". Così in una nota il presidente di Farindustria, Massimo Scaccabarozzi. "Ci sono ancora diversi dossier aperti - evidenzia - nel nostro settore che aspettano una rapida soluzione. Uno di questi riguarda la Governance farmaceutica, per completare il processo molto positivo iniziato con la Legge di Bilancio, in direzione della sostenibilità e dell'accesso all'innovazione a beneficio dei pazienti".

Aaroi-Emac: "Il rimpasto governativo non cambia gli interlocutori dei Medici del SSN". "Il riconfermato Ministro alla Salute, Beatrice Lorenzin, nonostante le attese – e sebbene in diverse occasioni si sia resa disponibile al confronto con le OO.SS. mediche – nei fatti non è riuscita a rendere il lavoro dei medici una reale priorità nelle scelte strategiche dei due precedenti Governi, e per l'AAROI-EMAC si è rivelata un interlocutore "muto" sulle insufficienze di personale e sul caporalato che affliggono i settori nevralgici dell'anestesia, della rianimazione, dell'emergenza". Così in una nota il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo. "Non cambia – prosegue - il Ministro alla PA e Semplificazione, Marianna Madia, autrice dell'ennesima riforma PA punitiva nei confronti dei medici del SSN Pubblico, per ora bloccata dalla Consulta, ma che riprenderà carica, e dei cui effetti risentiranno inevitabilmente anche le condizioni di lavoro dei medici dipendenti privati e liberi professionisti. Di fronte ad un simile NON cambiamento, lo sciopero degli Anestesisti Rianimatori e dei Medici dell'Emergenza e dell'Area Critica acquista, se mai ci fosse stato bisogno di dimostrazione, un significato ancora più ampio. E' arrivato il momento di alzare i toni di fronte a silenzi ormai non più tollerabili".

<http://www.doctor33.it/>

Lorenzin alla Camera: priorità all'approvazione dei nuovi Lea



Priorità all'approvazione dei nuovi Lea che sono in commissione alla Camera e poi procedere per rendere vive le norme approvate nella legge di Bilancio. Queste le indicazioni sulle priorità della ripartenza del suo dicastero indicate dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. «Innanzitutto approvare i nuovi Lea che sono le nuove prestazioni sanitarie, misure che arrivano ai cittadini che vivono situazioni di disagio». Alla Camera per la fiducia dell'esecutivo Gentiloni, Lorenzin ha sottolineato che bisogna «andare avanti nel lavoro molto importante che è stato impostato».

Ha poi indicato le prossime tappe: «Rendere vive le norme approvate nella legge di bilancio. Abbiamo poi lo sblocco del turn over e i precari che sono sempre più un'emergenza nel centro e sud Italia e tutta la questione legata alla qualificazione del personale e quindi spero di portare a termine il patto della salute nell'articolo che manca, il 22 che è appunto quello per le professioni sanitarie». Infine «il disegno di legge Lorenzin che è arrivato alla ultime battute sul riordino degli ordini professionali e il sistema veterinario e poi il voto finale sul disegno di legge sulla responsabilità medica. Tutte queste cose insieme - ha concluso Lorenzin - disegnano un nuovo percorso per la sanità per affrontare le sfide importantissime che abbiamo». (SZ)

quotidianosanita.it

Martedì 13 DICEMBRE 2016

Ddl "Responsabilità professionale" a rischio? Se vuoi che sia approvato subito firma la petizione

Quotidiano Sanità aderisce all'appello di Riccardo Tartaglia per una raccolta di firme su una petizione indirizzata al presidente del Consiglio Paolo Gentiloni e ai presidenti di Senato e Camera Piero Grasso e Laura Boldrini, affinché non sia vanificato il lavoro parlamentare fin qui svolto per dare al Paese una buona legge sul rischio clinico e la responsabilità professionale. [PER FIRMARE LA PETIZIONE CLICCA QUI.](#)

Ecco il testo della petizione per sollecitare una rapida approvazione del Ddl "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", già approvato dalla Camera ed ora all'esame del Senato.

Illustre on. Paolo Gentiloni, presidente del Consiglio
Illustre sen. Piero Grasso, presidente del Senato
Illustre on. Laura Boldrini, presidente della Camera

Il DDL sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale è ormai a un passo dalla sua approvazione. Si tratta di una norma troppo importante per il nostro Paese che non può correre il rischio di essere rimandata.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che [un paziente su dieci subisce un danno a seguito delle cure.](#)

Ritardare l'approvazione di una legge che introduce regole precise sull'applicazione di protocolli, buone pratiche, linee guida per "salvare vite umane" sarebbe un fatto grave.

Dobbiamo evitare che ciò accada.

Facendosi interprete del sentire di molti medici, infermieri e associazioni di cittadini, il Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente della Regione Toscana, in collaborazione con Quotidiano Sanità, lancia un appello al neo Presidente del Consiglio Paolo Gentiloni e ai presidenti del Senato Piero Grasso e della Camera Laura Boldrini, perché si adoperino affinché questa legge non subisca slittamenti e sia approvata il primo possibile.

Riccardo Tartaglia
Responsabile Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente della Regione Toscana

[Se sei d'accordo ti invitiamo a firmare questa petizione cliccando qui e compilando il format accluso.](#)

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

Tumore al polmone, la scienza punta sull'immunoterapia

Il big killer provoca 1,6 milioni di morti nel mondo, 4 casi su 5 dovuti al fumo. Malattia in aumento fra le donne (34% in più in dieci anni)



NICLA PANCIERA

Ogni giorno in Italia si registrano più di 110 nuove diagnosi di tumore del polmone, per un totale di 41.300 nuovi casi stimati all'anno, di cui l'80% è provocato dal fumo. Questo big killer, che da solo provoca nel mondo 1,6 milioni di decessi, più morti di cancro al seno, al colon e alla prostata messi assieme, viene individuato in fase avanzata nel 60% dei casi.

La grande speranza per i pazienti risiede oggi nell'immunoterapia, in quei trattamenti cioè che utilizzano il sistema immunitario dell'organismo per attaccare le cellule tumorali. L'ultima frontiera della lotta ai tumori è stata la grande protagonista del recente Congresso della Società europea di oncologia medica tenutosi a Copenaghen.

Della combinazione di molecole immuno-oncologiche innovative da usare nel trattamento di prima linea per il cancro al polmone si è discusso a Vienna nel corso della 17esima Conferenza mondiale sul tumore del polmone promossa dall'International Association for the Study of Lung Cancer. Nel caso del cancro ai polmoni, l'immunoterapia è particolarmente efficace nella forma più frequente, quella non a piccole cellule. «L'immuno-oncologia – sottolinea il professore Federico Cappuzzo, direttore Oncologia all'Ospedale di Ravenna – ha già evidenziato risultati decisivi in seconda linea nella fase avanzata della malattia. La sfida ora è individuare i pazienti che possono maggiormente beneficiare di questa nuova arma in prima linea, cioè al momento della diagnosi».

Secondo il professore, sono «incoraggianti» i risultati provenienti dallo studio «CheckMate -012» presentato a Vienna sulla combinazione di nivolumab e ipilimumab nel trattamento del tumore non a piccole cellule: «I tassi di risposta obiettiva confermata in tutti i pazienti trattati sono pari al 43%, quasi il doppio rispetto alla percentuale registrata con nivolumab in monoterapia (23%). Per questi pazienti si sta sempre più concretizzando la possibilità di evitare la chemioterapia e aver accesso a farmaci innovativi caratterizzati da una tollerabilità migliore».

La combinazione dei due anticorpi sembra essere la strada anche per la forma a piccole cellule, come ha dimostrato «lo studio “CheckMate-032” che ha valutato nivolumab in monoterapia e in combinazione con ipilimumab in pazienti precedentemente trattati con tumore ai polmoni a piccole cellule» ha spiegato Francesco Grossi dell'Irccs San Martino di Genova.

Le possibilità di guarigione cambiano drasticamente in relazione allo stadio in cui avviene la diagnosi. Complessivamente, la sopravvivenza a 5 anni nella forma non a piccole cellule in stadio I è compresa tra il 47% e il 50%, mentre per lo stadio IV scende al 2%. Nella forma a piccole cellule, tumore che cresce più rapidamente, i tassi di sopravvivenza tendono a essere più bassi (in stadio I sono compresi tra il 20 e il 40%, in stadio IV scendono all'1%). Complessivamente, la percentuale di sopravvivenza a 5 anni delle persone colpite da carcinoma del polmone in Italia è pari al 14,3%, più elevata rispetto alla media europea (13%).

Il principale fattore di rischio di questa neoplasia è rappresentato dal fumo, in crescita tra le donne (il 23% delle italiane è tabagista). Con gravi conseguenze: tra il 1999 e il 2011 l'incidenza del carcinoma del polmone è diminuita del 20,4% tra gli uomini, mentre è aumentata del 34% nelle donne. Inoltre, come ha recentemente dimostrato uno studio del [National Cancer Institute](#) americano e apparso su *Jama Internal Medicine*, fumare fa sempre male, dovesse anche trattarsi di una sola sigaretta al giorno. L'uso del tabacco è responsabile della morte di circa 6 milioni di persone ogni anno a livello globale; a questi si aggiungono oltre 5 milioni di morti derivanti da uso diretto del tabacco e più di 600,000 morti per esposizione a fumo passivo. Il numero totale di decessi correlati al tabacco in Europa è di quasi 700.000 all'anno.

A Vienna si è discusso anche di quei casi, uno su cinque, di carcinoma polmonare non riconducibile al fumo di sigaretta. Nella sua lezione plenaria, «Is smoking a sole factor in lung cancer development?», il professor Harald Zur Hausen dell'Università di Heidelberg e premio Nobel per la medicina nel 2008 per la scoperta del legame tra il papilloma virus e il cancro alla cervice, ha suggerito che questo 20% di casi può essere dovuto anche a infezioni virali, batteriche o fungine.

Tra i dati a supporto di questa ipotesi, il professore ha riportato indagini epidemiologiche che indicano un aumento del rischio di cancro al polmone e tumori orofaringei tra macellai e addetti alla macellazione, persone cioè regolarmente esposte a contaminanti provenienti da animali macellati potenzialmente dannosi per l'organismo umano. Una strada, quella relativa al legame tra infezioni e cancro al polmone, che merita di essere esplorata.

Martedì 13 DICEMBRE 2016

Ricerca scientifica e innovazione. "L'Italia ha le carte in regola per diventare hub europeo"

Istituzioni, comunità scientifica, accademia e aziende si sono confrontati su ricerca scientifica, innovazione ed etica nel corso dell'evento "Inventing for Life - Leading Innovation Fostering Ethics" organizzato a Roma dall'Azienda farmaceutica Msd in occasione dei suoi 60 anni di presenza in Italia, e i 125 anni nel mondo.

L'obiettivo per diventare hub europeo della ricerca scientifica è vicino. L'Italia ha infatti le carte in regola, grazie alla visione solidaristica e universale del suo Sistema sanitario e al suo know how, per guidare anche il resto d'Europa nella gestione della salute dei cittadini e trovare il trait d'union tra etica e innovazione per migliorare la salute delle persone. Ma bisogna eliminare alcune resistenze che ancora permangono nel paese.

È stato questo il file rouge che ha guidato il confronto al convegno "Inventing for Life - Leading Innovation Fostering Ethics" organizzato a Roma dall'Azienda farmaceutica Msd in occasione dei suoi 60 anni di presenza in Italia, e i 125 anni nel mondo. Una giornata che ha visto rappresentanti delle Istituzioni, della classe politica, della comunità scientifica, dell'accademia e del mondo dell'industria confrontarsi su temi portanti del mondo della sanità quali la ricerca scientifica, soprattutto in ambito farmacologico e l'innovazione. Ma anche sul valore della responsabilità sociale e dell'etica che deve ispirare tutti gli attori coinvolti.

"Msd nel corso della sua storia di successo lunga 125 anni, dei quali 60 in Italia – ha affermato Nicoletta Luppi, Presidente e Amministratore Delegato di Msd Italia – ha scritto pagine fondamentali nel progresso scientifico e nella lotta alle patologie socialmente più rilevanti un successo raggiunto sia nella prevenzione, attraverso i nostri vaccini, che nella cura, attraverso la nostra innovazione terapeutica e il nostro approccio multidisciplinare One Health. I farmaci innovativi ci hanno permesso di cambiare la gestione della malattia. Ma abbiamo anche tanti progetti che stanno diventando realtà nella prevenzione e nella lotta alle patologie a maggior impatto sociale (tumori, malattie infettive, malattie cardiovascolari, diabete, Alzheimer). Il nostro obiettivo è continuare a ricercare e sviluppare innovazioni farmacologiche nei nostri laboratori, anche collaborando con tutti gli stakeholder attraverso partnership trasparenti, etiche in grado di generare valore per la Sanità pubblica".

Soprattutto, l'Italia può diventare un punto di riferimento a livello europeo per la ricerca, ma ha aggiunto Luppi: "Deve essere in grado di implementare una governance che metta veramente le Aziende in grado di sentire questo Paese come attrattivo perché dotato di una visione olistica su quanto l'innovazione nella ricerca scientifica può produrre. Dobbiamo quindi guardare all'indotto positivo che l'innovazione porta in termini di spese evitate e di opportunità occupazionali. Servono investimenti lungimiranti e a trecentosessanta gradi. Solo così possiamo diventare Paese di punta e diventare con le nostre idee, innovazione e cervelli il motore per guidare anche il resto d'Europa".

Certo c'è un problema di sostenibilità dell'innovazione farmaceutica. Una priorità nell'agenda di Aifa ha assicurato Mario Melazzini, Direttore Generale Aifa ricordando che, a questo proposito, occorrerebbe attuare "un piano industriale" nel medio e lungo periodo per recuperare i costi sanitari, diretti e indiretti, evitabili e poter dare a tutti i malati il farmaco giusto nel momento giusto.

"Il potenziale di attrazione degli investimenti nel nostro Paese è enorme – ha aggiunto – nel campo della sperimentazione clinica siamo infatti un punto di riferimento, specie nella Fase I, ma di contro abbiamo ancora un indice di attrattività bassissima. Questo perché l'investitore deve avere la certezza della risposta. Il nuovo regolamento europeo sulle sperimentazioni cliniche che entrerà a regime nel 2018 ci permetterà di implementare l'attrattività verso il nostro Paese e diventare l'hub europeo della ricerca clinica. Come Aifa dobbiamo però efficientare la macchina organizzativa interna e gestionale. Dobbiamo poter garantire sempre le risposte che ci vengono chieste non solo dalle Aziende, ma dal destinatario finale. Dobbiamo anche trovare

strumenti di negoziazione sovrapponibili con le altre agenzie europee per agevolare l'accesso alle cure".

Uno degli atout è l'integrazione pubblico privato. Un punto sul quale ha posto l'accento anche Paolo Bonaretti, Coordinatore Tavolo Farmaceutica presso Ministero dello Sviluppo Economico. "La collaborazione tra pubblico e privato per la promozione della Ricerca nel nostro Paese – ha affermato – è uno dei punti focali non solo delle politiche italiane ma anche delle politiche mondiali. Nella ricerca biomedica siamo sostanzialmente forti e abbiamo un Ssn universale e solidaristico che ci consente di avere una visione globale della sanità e una grande mole di dati per capire quali sono i costi evitabili e quelli appropriati. Ora – ha aggiunto – dobbiamo capire come diventare attrattivi. Il tavolo della farmaceutica sta lavorando per creare un sistema accogliente per gli investimenti. Ma abbiamo la necessità di dare vita a una rete di infrastrutture pubblico-private inserite nel Ssn in cui possono intervenire immediatamente sia il pubblico sia il privato per ridurre il rischio del costo della ricerca". In questo scenario, ha aggiunto, la ricerca indipendente diventa una funzione fondamentale. Bisogna però agire anche sui diversi sistemi di rimborso in Europa che "stanno generando grandi problemi".

"La ricerca negli ultimi decenni ha fatto grandi passi in avanti – ha detto Massimo Scaccabarozzi Presidente di Farindustria – ci sono 7mila farmaci in sviluppo nel mondo che potrebbero offrire nuove opportunità di cura per malattie ancora oggi senza una terapia definitiva. E questo rinascimento della ricerca vede l'Italia in prima linea nell'innovazione, con le sue molte eccellenze che si affermano a livello internazionale nelle biotecnologie, nelle terapie avanzate, nei vaccini, negli emoderivati e negli studi clinici. La nostra è un'industria molto produttiva. Per anni non siamo cresciuti, ma ora abbiamo un segno più. I dati di ottobre rispetto all'anno precedente, indicano per la farmaceutica una crescita del 6,3%. E anche un risultato migliore tra i settori manifatturieri: da gennaio-ottobre 2016 rispetto al 2015 la siamo aumentati del 2.3%. Certo nella ricerca dobbiamo uscire dalla logica del silos e implementare le valutazioni degli out-come. Ma al Paese serve una nuova governance del farmaco. È quello che chiedono le Aziende insieme alla stabilità del Paese. Anche perché possiamo diventare l'hub della ricerca in Europa".

Insomma, le carte in regola per diventare competitivi ci sarebbero e come ha ricordato Roberto Cingolani, Direttore Scientifico dell'Istituto Italiano di Tecnologia: "Gli scienziati italiani sono molto apprezzati nel mondo per la loro preparazione e in Italia avremmo tutti i numeri per essere realmente competitivi, ma un aspetto su cui il Paese deve ancora lavorare è l'attrattività a livello internazionale, in fin dei conti non è la fuga dei cervelli il nostro problema, ma il bilanciamento dei flussi in entrata e uscita dall'Italia".

Anche per Fabio Pammolli, Presidente Fondazione Cerm l'Italia ha molte chance: "Abbiamo introdotto una serie di elementi importanti nella normativa, nella valutazione degli out put e nelle modalità di accordo sui nuovi prodotti, ma dobbiamo migliorare gli strumenti informativi per capire, dai dati real life, come impattano le malattie, ed anche creare un'interazione tra pubblico e privato"

Responsabilità sociale e ruolo delle istituzioni. Altro tema toccato nel corso della giornata è stato quello della responsabilità sociale e del ruolo che Istituzioni e dei privati devono avere.

"Riavvicinare la sanità alle persone – dichiara Mario Marazziti, Presidente XII Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati – favorendo una vera integrazione tra il sociale e il sanitario e lavorare per garantire uguaglianza e tempestività nell'accesso alle cure ai cittadini è per me la base di quello che definiamo Responsabilità Sociale in Sanità. L'innovazione deve sempre coniugarsi con l'equità e l'appropriatezza. Occorre ricreare uguaglianza, persa, nella sanità. I Lea non possono essere reali, pienamente, solo in otto regioni. E non essere pienamente esigibili nel resto d'Italia. È questa la vecchia e nuova frontiera. Servono, certo, risorse adeguate, meccanismi efficaci e nuova organizzazione, interventi coordinati tra pubblico e privato per ridurre le iniquità che ancora esistono in Italia nell'accesso alle cure e alle prestazioni sanitarie."

"Nel nostro Paese abbiamo modelli interessanti che possono essere presi come punto di riferimento – ha dichiarato Federico Gelli, Presidente della Commissione d'inchiesta sul sistema di accoglienza dei migranti – ma parlare di responsabilità e etica, quando ancora gravando alcuni macigni sul nostro Paese come quello dell'integrazione tra pubblico e privato, è complesso. Credo serva un nuovo tagliando alla sanità del nostro paese. Sono anche convinto che il nostro dovere, come rappresentanti delle istituzioni ma soprattutto come cittadini italiani sia quello di dare fattivamente credibilità alle nostre parole quando, come Europa, ci facciamo promotori di diritti civili e umani".

Pubblica amministrazione. Bisogna trovare l'intesa con Regioni e enti locali

Riforma Pa, si riparte da partecipate, anti-assenteismo e dirigenti sanitari

PUBBLICO IMPIEGO

L'approvazione del nuovo testo unico del pubblico impiego è indispensabile per dare contenuto all'intesa sul rinnovo dei contratti

Gianni Trovati

ROMA

■ La delega per la riforma della Pubblica amministrazione riparte da dove si era fermata con la crisi di governo, e apre la lista delle priorità con i correttivi ai decreti su partecipate, anti-assenteismo e dirigenti sanitari. Dopo la sentenza 251 con cui il 28 novembre la Consulta ha colpito il percorso attuativo scritto nella delega, imponendo l'«intesa» invece del «parere» degli enti territoriali sui temi che intrecciano le loro competenze, i tre decreti sono in vigore (mentre quelli su dirigenti pubblici e servizi locali sono caduti sul traguardo) ma esposti al rischio concretissimo di nuovi ricorsi che li bloccherebbero del tutto. Per superare il problema bisogna tornare in Conferenza Stato-Regioni, oppure in Unificata per i provvedimenti che riguardano da vicino anche gli enti locali, e cercare l'intesa con gli amministratori territoriali.

La prova non è semplice, perché dopo la «vittoria» ottenuta dal Veneto davanti ai giudici delle leggi è complicato trovare il via libera unanime dei governatori, anche se l'impasse può poi essere superata se il governo decide di andare avanti comunque motivando le ragioni della scelta (si tratta della cosiddetta «intesa debole»).

Quella della Pubblica amministrazione, insieme agli interventi su processo penale e libro bianco della difesa, è stata ieri ricordata alla Camera dal neo-

presidente del Consiglio Paolo Gentiloni fra le «tre grandi azioni di riforma» a cui «ridare slancio». L'indicazione del premier nel discorso sulla richiesta di fiducia, insieme alla conferma di Marianna Madia al vertice di Palazzo Vidoni, indica la scelta del nuovo esecutivo di continuare sulla strada tracciata dal governo Renzi. Oltre a una scelta, però, questa continuità è anche «obbligata» dal fatto che l'approvazione del nuovo testo unico del pubblico impiego è un passaggio indispensabile per dare gambe ai contenuti dell'intesa firmata con i sindacati il 30 novembre per far partire il rinnovo dei contratti del pubblico impiego bloccati dal 2010.

Nella «parte normativa» dell'accordo è stata infatti fissata l'intenzione di «individuare nuovi sistemi di valutazione» per valorizzare professionalità e competenze, e di «modificare e semplificare l'attuale sistema dei fondi di contrattazione di secondo livello». Tradotto: significa smontare l'impianto rigido della riforma Brunetta, che ha imposto la divisione dei dipendenti in tre «fasce di merito» e sottratto materie alla contrattazione, senza però essere mai stata attuata.

Il nuovo testo unico del pubblico impiego deve arrivare al consiglio dei ministri entro febbraio, e per allora andrà definita la divisione del fondo da 1,48 miliardi (1,93 dal 2018) che la legge di bilancio ha costruito per finanziare contratti, replica del bonus da 80 euro per militari e forze dell'ordine e nuove assunzioni nella Pa centrale. L'agenda, insomma, è ricca, e non facile da rispettare.

gianni.trovati@ilssole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Presto modificheremo anche il nostro Genoma ma non vogliamo creare bambini su misura»

SIMONA REGINA

■ L'altruismo? «È la chiave dell'evoluzione». Le migrazioni? «Ci hanno reso quello che siamo». Giuseppe Remuzzi, coordinatore delle attività di ricerca dell'Istituto Mario Negri di Bergamo, propone le sue riflessioni su alcune delle scoperte biomediche più recenti e affascinanti nel saggio «Siamo geni», edito da Sperling&Kupfer. E ci accompagna in un viaggio dall'origine della vita al futuro che ci attende. Un futuro - spiega - in cui ci addenteremo nei segreti del genoma, «perché dal genoma dipende tutto di noi: quello che pensiamo e quello che facciamo. E lo studio del Dna cambierà quasi certamente il modo di fare medicina».

Come si trasformerà la medicina?

«Analizzando il Dna, possiamo conoscere di cosa rischiamo di ammalarci. E queste informazioni possono essere utili per prendere le dovute precauzioni. A livello individuale ci possono indurre a cambiare stile di vita, ma non solo. Possono essere usate per pianificare interventi di sanità pubblica: screening mirati a seconda del profilo genetico. Ancora i costi elevati non lo consentono, ma in futuro ogni medico avrà nel computer il profilo genetico dei suoi assistiti».

Si tratta però di informazioni delicate, che bisogna imparare a gestire: non è così?

«Oggi già sappiamo che, se uno dei genitori è malato di cuore, il rischio che anche il figlio ne soffra aumenta di due volte, così come se uno dei nostri parenti di primo grado ha avuto un cancro del colon o della prostata rischiamo anche noi. Questioni di geni. Le analisi del Dna forniscono molte informazioni, anche se non sempre facili da interpretare e per questo è necessario che i medici vengano formati per gestirle al meglio, e con garbo, e fornire supporto ai pazienti. Sapere, per esempio, che un ragazzo potrà avere problemi di dipendenza da alcol o nicotina o altre droghe può servire a pro-

teggerlo, ma la predisposizione genetica potrebbe anche diventare un alibi per non smettere».

Oggi non solo conosciamo sempre più i geni che agiscono sul nostro stato di salute, ma abbiamo imparato a modificarli e così ci si chiede: come saranno i bambini di domani?

«Gli scienziati sanno fare "gene editing", hanno imparato, cioè, a modificare il genoma: ci si possono inserire porzioni di Dna o rimuoverne altre e si può sostituire la parte di Dna che contiene la variante genetica da eliminare con una sana. Se mi chiede se il "gene editing" sarà usato per modificare il genoma, francamente penso di sì e presto: ma non si tratta di progettare bambini su misura. Si tratta di correggere anomalie genetiche, quelle che sono responsabili di tante malattie rare».

Spesso, però, c'è l'ostacolo della burocrazia: per esempio la legge 40 che, in Italia, regola la procreazione assistita o le disposizioni sul fine vita, tema a cui lei ha dedicato il libro «La scelta». Come si deve agire?

«La legge 40 era in contrasto con la medicina e il buonsenso. Per non parlare dei limiti alla ricerca con le cellule staminali embrionali: le possiamo usare, ma non le possiamo produrre nemmeno da embrioni sovranumerari. In Italia, spesso, la ricerca medico-scientifica diventa mero terreno di scontro politico senza dare ascolto alla voce degli scienziati. Ecco perché sono d'accordo con la linea degli Usa: non si possono prendere decisioni per la collettività senza la consulenza degli scienziati competenti in materia. Questo dovrebbe valere anche per chi legifera in Italia, altrimenti si rischia di ripetere errori già fatti in passato».

E' vero che dare più ascolto alla scienza è utile anche per mettere a tacere intolleranza e razzismo?

«Chi nega ai migranti qualsiasi opportunità di integrazione non sa, forse, che siamo migranti da sempre e che così siamo diventati più forti: lo dimostra l'analisi del Dna. Incrociandosi con i Neanderthal, l'Homo sapiens ha acquisito nuovi geni che hanno rafforzato il sistema immunologico. Inoltre il nostro successo come specie dipende dal modo in cui collaboriamo con gli altri. È così adesso ed è stato così per le civiltà del passato e sarà determinante per il futuro. Collaborare aiuta ad affrontare le sfide e questo migliora la specie».



<http://www.ansa.it>

In Italia -17mila nati in 2015, in 50% casi dipende dall'uomo

Esperto, già a 18 anni 25% maschi ha malattie con rischi fertilità



Diciassettemila bambini in meno nati in Italia in un anno, nel 2015, e nel 50% dei casi dipende dall'uomo, che non effettua screening e prevenzione. Quindici coppie su cento sono infatti infertili e nella metà dei casi dipende dall'uomo. E mentre la donna ha fin da piccola l'abitudine dei controlli periodici dal ginecologo, nell'uomo si assiste a una sottovalutazione delle condizioni e ad un aumento di fattori e abitudini di vita che minano la salute riproduttiva. Sono i temi al centro del convegno internazionale sull'infertilità, a Roma il 16 dicembre, promosso dal direttore del Centro di medicina e biologia della riproduzione-European Hospital di Roma, Ermanno Greco.

A 18 anni, ricorda l'esperto, già il 25-30% degli uomini presenta patologie che potranno condizionare la possibilità di avere figli da adulto. Le cause più conosciute della diminuzione della capacità riproduttiva maschile sono la riduzione del numero (sotto 15milioni) e della motilità (meno del 40%) degli spermatozoi, secondo le ultime indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità. Da non sottovalutare, avverte Greco, "anche gli errati stili di vita come il fumo e l'alcol e le droghe, spesso prese insieme, l'obesità e il consumo di anabolizzanti, che si diffonde sempre di più anche tra i minorenni".

Arriva il primo test per la diagnosi rapida del virus Hcv: risultati in 20 minuti. Con le terapie innovative trattate in due anni 60mila persone, ma i malati sono 300mila

Epatite C cure per tutti l'ultima sfida

**ESTENDERE GLI INTERVENTI
CONSENTIREBBE
DI EVITARE IN FUTURO
I TRAPIANTI DI FEGATO
E CALEREBBERO I COSTI
DIRETTI E INDIRETTI
LA PATOLOGIA**

Novità per la lotta contro l'epatite C. Arriva il primo test a diagnosi rapida per il virus Hcv garantito dall'Organizzazione mondiale della sanità per qualità e sicurezza. Questo nuovo test somiglia a quello di gravidanza. Non richiede le strutture di un ospedale e neppure elettricità. I risultati arrivano in venti minuti al massimo. «Adesso abbiamo a disposizione nuovi farmaci molto efficaci contro l'epatite C che aumentano il bisogno di avere diagnosi efficaci e alla portata di tutti. Questo nuovo test è una buona notizia per tutte le persone in attesa di diagnosi e terapia», commenta Suzanne Hill, direttore Oms per i farmaci essenziali.

L'INTERVENTO

E' proprio riuscire a curare tutti i pazienti colpiti da epatite C la sfida del prossimo futu-

ro. Non soltanto quelli più gravi come avviene oggi. In circa due anni le terapie innovative hanno interessato quasi sessantamila persone, secondo i criteri definiti dall'Agenzia del farmaco. In realtà oggi secondo il servizio sanitario ci sono circa 300mila malati. Dato che emerge dagli elenchi delle esenzioni delle Asl.

Se per trattarne all'incirca sessantamila ci sono voluti due anni, la nuova sfida cui si trova di fronte il servizio sanitario è riuscire a includere tutti quelli rimasti esclusi. Lo chiedono gli stessi pazienti, sostenendo da sempre la necessità di abbattere i limiti nell'accesso alle cure. Secondo l'associazione EpaC onlus, poi, paradossalmente la soluzione del problema della sostenibilità della spesa in un certo senso starebbe proprio nell'avvio delle cure per tutti i malati di epatite. In questo senso investire oggi nelle terapie anti Hcv significa, per molti, evitare domani il trapianto di fegato.

IL RICOVERO

«Dopo questi primi due anni di terapia mirata ai casi più gravi, è ora di cominciare a trattare i pazienti meno gravi, allargando ma non eliminan-

do gli attuali criteri dell'Aifa», spiega Giovanna Scroccaro, dirigente del Servizio farmaceutico della Regione Veneto e past president della Società dei farmacisti ospedalieri.

Ampliare la base dei pazienti da trattare permetterebbe di aumentare gli anni e la qualità della vita, spendendo di più in farmaci al momento «ma diminuendo i costi diretti di ricoveri, trapianti, malattie correlate al virus Hcv - sottolinea Calogero Cammà, ordinario di Gastroenterologia dell'università di Palermo - abbattendo anche i costi indiretti, perché i pazienti giovani tornerebbero nel ciclo produttivo. E poi c'è la valenza etica della terapia perché sarebbe per tutti».

La questione non è solo economica (la contrattazione di prezzi al ribasso tra aziende produttrici e Aifa), ma anche burocratico, come ricorda Gloria Taliani, infettivologa della Sapienza di Roma, in occasione del recente congresso americano sul fegato di Boston: «Le risorse umane di noi medici sono sempre le stesse e la platea dei pazienti, senza considerare anche il "sommerso" dei malati che non lo sanno, è comunque alto».



GLI STUDI

In questo senso un aiuto viene anche dai nuovi farmaci antivirali ad azione diretta, tra i quali rientra la combinazione elbasvir-grazoprevir, per il trattamento dell'Hcv nei pazienti adulti con patologia di genotipo 1 o 4. Un'analisi su 11 studi in pazienti con genotipo 1b, il più diffuso in Italia, riguarda oltre mille persone che hanno assunto il farmaco per 12 settimane, raggiungendo un tasso di risposta virologica sostenuta.

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le siringhe

▶ Aver subito trasfusioni di sangue o di prodotti ematici prima del 1992. Aver usato aghi o siringhe non sterili

Lo spazzolino

▶ Condividere rasoi, spazzolini o pinzette. Essersi o aver procurato ferite (contatto sangue) in un rapporto sessuale a rischio non protetto

Il tatuaggio

▶ Attenzione alla sterilità nel fare i tatuaggi: oltre gli aghi è rischioso il riutilizzo d'inchiostro con sangue infetto

La manicure

▶ Anche la manicure può essere un mezzo di trasmissione dell'epatite C. Accertarsi della sterilità degli strumenti

Lo scenario Un mercato che ha ancora molte resistenze culturali come dimostra **Teva**, leader mondiale del settore, da 20 anni nel nostro Paese. Ora scienziati e associazioni di settore si impegnano per sgretolare alcuni dei falsi miti

MEDICINE NO LOGO

IL CASO DEI FARMACI **EQUIVALENTI** EFFICACI E MENO COSTOSI MA IN **ITALIA** NON DECOLLANO

L'azienda

Attiva in 60 Paesi
Tra i campi di ricerca
la salute della donna

Teva Pharmaceuticals Industries Ltd è un'azienda farmaceutica mondiale impegnata nello sviluppo, produzione e commercializzazione di farmaci generici, farmaci di marca e principi attivi. Fondata nel 1901 a Gerusalemme, oggi Teva è tra le prime 15 aziende farmaceutiche più importanti al mondo e leader globale nella produzione di farmaci equivalenti, opera in 60 Paesi in tutto il mondo e conta oltre 46.000 impiegati. L'azienda è impegnata nella ricerca di nuove terapie

farmacologiche principalmente in 4 aree terapeutiche: sistema nervoso centrale, disordini dell'apparato respiratorio, salute della donna e cura delle lesioni cutanee. Teva Italia è nata nel 1996 e si è qualificata da subito come azienda farmaceutica dedita alla ricerca e specializzata nello sviluppo di farmaci equivalenti, in particolare farmaci oncologici dedicati al settore ospedaliero. Con una serie di acquisizioni successive, la società ha consolidato la propria posizione in Italia.

di **Adriana Bazzi**

Chiamarli «generici» è stato un errore, una traduzione troppo letterale dall'inglese «generic medicinal product»: da qui l'idea che si parli di medicine di serie B, meno efficaci di quelle «di marca», da cui derivano.

Meglio allora definirli «equivalenti» perché, in pratica, funzionano tanto quanto gli «originali».

Stiamo parlando di quelle medicine «fotocopia» che possono essere prodotte da chiunque (a patto che si rispettino regole severe, fissate dalle autorità sanitarie), quando il brevetto delle molecole originali, detenuto dalle aziende farmaceutiche, scade (in genere dopo dieci anni dalla commercializzazione): l'equivalente viene venduto con il suo nome chimico e non con quello commerciale «di fantasia» scelto all'inizio dall'azienda produttrice.

Il primo farmaco equivalente autorizzato in Italia, ven-

l'anni fa, nel 1996, fu la ticlopidina, un anti colesterolo, il cui nome commerciale era Tiklid. Poi ne sono arrivati molti altri, in particolare per il trattamento delle malattie cardiovascolari (come gli antipertensivi e altri anti colesterolo), delle patologie del sistema nervoso (come gli antidepressivi, gli antipsicotici e gli ansiolitici) e, infine, dei disturbi gastroenterici come gli antiacidi.

Con quali vantaggi? Di ordine economico, innanzitutto: per definizione un farmaco equivalente deve costare almeno il 20 per cento in meno rispetto al suo antenato di marca. E il suo uso può far risparmiare quei sistemi sanitari che, come in Italia, offrono gratuitamente i farmaci ai cittadini (salvo il ticket). Ma può far risparmiare anche i cittadini, perché oggi esiste, in Italia, quel famoso «prezzo di riferimento» dell'equivalente (il più basso) che il sistema sanitario rimborsa: se il paziente vuole l'analogo «griffato» (a brevetto scaduto) più costoso paga la differenza di tasca sua. E spesso è

spinto a richiedere il «griffato» perché non è adeguatamente informato sul vero valore del farmaco equivalente e pensa che il «griffato» sia meglio.

Difatti, nonostante le prove scientifiche dimostrino come gli equivalenti siano paragonabili ai griffati, il loro consumo in Italia stenta a decollare, anche se è in aumento, come dimostra un articolo appena pubblicato dalla Fondazione Gimbe (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sull'Evidenza) sulla rivista «Evidence».

Le regioni più restie a prescrivere equivalenti sono quelle del Sud, Calabria, Basilicata, Campania in fondo alla classifica. In cima, invece, c'è la Provincia Autonoma di



Trento, seguita dalla Lombardia e dalla Provincia autonoma di Bolzano.

Tutto questo sta accadendo nonostante l'impegno dell'Aifa, l'Agenzia Italiana del Farmaco. L'Aifa ha prodotto un vademecum su «Medicinali equivalenti» per promuoverne l'uso e per porre uno stop ai «falsi miti» che circolano, non solo fra i pazienti, ma anche fra i medici e i farmacisti.

E nonostante l'Associazione Cittadinanzattiva-Tribunale per i Diritti del Malato abbia promosso la campagna «IoE-qualgo», sempre con l'intento di informare il pubblico sui vantaggi di ricorrere ai far-

maci equivalenti.

Secondo Silvio Garattini, direttore dell'Istituto Mario Negri di Milano, le industrie continuano a proporre i medicinali griffati a «brevetto scaduto» e a prezzi maggiorati, perché hanno più mezzi per promuoverli, mentre le istituzioni, nonostante la campagna dell'Aifa, hanno poche risorse per sostenere i no logo.

I falsi miti, quindi, rimangono. Riguardano soprattutto l'efficacia e gli eccipienti.

Gli esperti, però, garantiscono che l'effetto terapeutico esiste, anche quando la concentrazione del farmaco

non raggiunge livelli ottimali nel sangue. E a proposito di eccipienti — sostanze inerti senza proprietà terapeutiche, che hanno la funzione di rendere somministrabile il principio attivo, sono presenti anche nei farmaci di marca e sono censiti in un'apposita lista nella farmacopea ufficiale — commenta Garattini: «Gli eccipienti nei farmaci equivalenti possono cambiare, ma non ne influenzano l'efficacia. Allergie? Può essere, ma questo è un rischio legato anche ai prodotti di riferimento, cioè ai farmaci *branded*».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'atteggiamento dei farmacisti

Con quale frequenza capita che in farmacia ti venga proposto di acquistare dei farmaci equivalenti (generici) in alternativa a quelli originali o di marca?

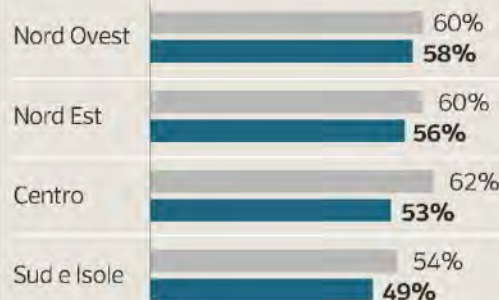
● Somma delle risposte positive



Fonte: indagine Doxa per Teva su un campione di 600 persone (18/64 anni)

PER AREA GEOGRAFICA

Somma delle risposte positive



Corriere della Sera

Le cifre

In Europa si arriva al 70%: risparmio di 13 miliardi di euro

L'unica differenza? Costano meno. «Sono identici agli altri farmaci per qualità, sicurezza ed efficacia». Non lascia dubbi lo slogan della campagna #ioequivalgo lanciata da Assogenerici e Cittadinanzattiva per promuovere la cultura dei farmaci equivalenti, detti così perché la traduzione letterale dell'inglese «generics» lasciava spazio a pregiudizi e falsi miti. Primo tra tutti, l'idea che contengano una minore quantità di principio attivo: falso. L'equivalente deve per legge contenerne la medesima quantità di quella presente nel farmaco

originatore. È questo l'ABC che sta veicolando la rete di informatori scientifici messa in piedi da Teva, la prima azienda in Italia per quota di mercato (oltre il 20%) sui farmaci equivalenti, che qui rappresentano il 19,9% dei volumi e il 10,9% della spesa (elaborazione di The European House - Ambrosetti). Ancora poco rispetto al resto d'Europa: una quota di oltre il 30% in Norvegia, Spagna e Portogallo; il 40% in Francia e Svezia; il 60 in Germania e Regno Unito; il 70% nei Paesi Bassi (fonte: Assogenerici). In venti anni di presenza sul territorio,

l'azienda israeliana testimonia che sono stati fatti passi in avanti, nella direzione di scelte consapevoli al banco, da parte di tutti gli attori del sistema. Ma mancanza di corretta informazione, convinzioni personali, abitudine e reticenza al cambiamento hanno rallentato il decollo degli equivalenti. Che, secondo le stime di Assogenerici, attualmente generano ogni anno un risparmio di circa 13 miliardi di euro per i sistemi sanitari dell'Ue.

Caterina Ruggi d'Aragona

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità₂₄

Il Sole
24 ORE

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



13 dic 2016

DAL GOVERNO

Celiachia, nel 2015 i casi aumentano del 6,2%

di Rosanna Magnano

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

PDF [La Relazione al Parlamento 2015 sulla celiachia](#)

TAG

Livelli essenziali di assistenza - LEA

Assistenza sanitaria

Prestazioni sanitarie

Aziende sanitarie locali - ASL

Continuano ad aumentare i casi diagnosticati di celiachia in Italia, che nel 2015 hanno toccato quota 182.858, quasi 11.000 in più rispetto al 2014 (+6,2%). Le Regioni che hanno registrato il più alto numero di diagnosi sono la Campania con 2.268 casi e la Lombardia con 1.867, la prevalenza più bassa è in Basilicata. È quanto risulta dalla Relazione annuale al Parlamento sulla celiachia 2015 pubblicata sul sito del ministero della Salute.



La celiachia è l'intolleranza alimentare più frequente, riguarda soprattutto le donne - la proporzione media è di 1M:2F anche se in alcune realtà la proporzione sale fino a 1M:3F - e la stima della sua prevalenza si aggira intorno all'1% a livello mondiale. È stato calcolato che nella popolazione italiana il numero teorico di celiaci si aggiri intorno ai 600.000 contro i quasi 183.000 ad oggi diagnosticati (dati al 31.12.2015).

I prodotti "senza glutine, specificatamente formulati per celiaci" o "senza glutine, specificatamente formulati per persone intolleranti al glutine" sono inclusi nel Registro Nazionale e vengono erogati come forma integrativa all'assistenza sanitaria. Si tratta di una lista di prodotti, sostitutivi degli alimenti a base di cereali contenenti glutine, preparati e/o lavorati espressamente per ridurre il tenore di glutine di uno o più ingredienti contenenti glutine oppure sostituire gli ingredienti contenenti glutine con altri ingredienti che ne sono naturalmente privi. L'erogazione gratuita dei prodotti inseriti nel Registro rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria ed è garantita solo a coloro i quali, avendo ricevuto diagnosi di celiachia dai presidi accreditati con il Ssn, ne fanno richiesta alla propria Azienda sanitaria locale.

In aumento, parallelamente al trend delle diagnosi, anche le somme erogate dal Ssn per gli alimenti senza glutine, passate da 227.753.844 euro nel 2014 e 241.773.048 nel 2015.

Le Regioni con il maggior numero di celiaci residenti sono, al primo posto, la Lombardia con il 17,7% (32.408 celiaci) e al secondo posto, a pari merito, la Campania e il Lazio con il 9,7% (17.777 celiaci).

La Regione dove si è registrata la prevalenza media più alta è invece la Toscana con 0,38% seguita a pari merito, con lo 0,37%, da Provincia Autonoma di Trento, Sardegna e Valle D'Aosta; invece la Regione dove si è registrata la prevalenza media più bassa è ancora la Basilicata, con lo 0,18%.

Le mense sul territorio nazionale sono complessivamente 41.050. Il dato totale è costituito da 29.607 mense scolastiche, 6.686 mense ospedaliere e 4.757 mense annesse alle strutture pubbliche. Le Regioni con il più alto numero di mense risultano la Lombardia con

8.498 strutture, seguita dal Piemonte con 5.638 e dall'Emilia Romagna con 4.221.

Fondamentale anche la formazione degli operatori del settore alimentare, tra gli strumenti più importanti per garantire un innalzamento del livello di sicurezza e di qualità dei servizi offerti nel settore della ristorazione senza glutine. Secondo la Relazione nel 2015 sono stati attivati 645 corsi di formazione che hanno coinvolto 15.968 operatori del settore alimentare.

Le regioni più attive sono state Emilia Romagna e Piemonte, sia per numero di corsi realizzati che per numero di operatori formati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IN PARLAMENTO

05 Agosto 2015

Chiamanti (Fimp): La legge atto di civiltà, ma non resti un contenitore vuoto

AZIENDE E REGIONI

05 Agosto 2015

Più territorio, meno attese e penalizzazioni per i Dg. Il Piemonte approva i nuovi obiettivi

IN PARLAMENTO

05 Agosto 2015

Via libera alla prima legge sull'autismo, svolta per pazienti e famiglie. Soddisfatta la Lorenzin, polemico il M5S

LO STUDIO

E un cervello "diverso" quello di chi soffre di ipocondria. Chi teme, cioè, di essere colpito da ogni genere di malattia, dall'infiammazione, all'infezione fino ai disturbi articolari. Il cervello dei cosiddetti "malati immaginari", oggi definiti come pazienti affetti da "Disturbo da ansia di malattia", non funziona, dunque, come quello di tutti gli altri.

Una piccola interferenza tra due aree scatena ansie, notti insonni, overdose di farmaci e corse al pronto soccorso. I pazienti ipocondriaci avrebbero un'alterazione della connettività funzionale (lo scambio continuo di informazioni) tra le strutture cerebrali che sono impegnate nella rappresentazione che noi abbiamo del nostro corpo. Come ha dimostrato uno studio, pubblicato sulla rivista scientifica "Cortex", firmato da un'équipe di ricercatori campani guidata da Dario Grossi, docente di Neuropsicologia e neuroscienze cognitive, direttore del dipartimento di Psicologia dell'università della Campania "Luigi Vanvitelli".

I SENSI

Sotto osservazione, dunque, due aree del cervello: una contribuisce al riconoscimento visivo delle parti corporee e a distinguere se queste sono corrette oppure no, mentre l'altra è la principale struttura cerebrale che integra le informazioni motorie e sensoriali somatiche. Un equilibrio che nei pazienti presi come campioni non è come dovrebbe.

Nella stragrande maggioranza delle persone queste due aree dialogano in modo pressoché ininterrotto e sincrono, proprio spiegano i ricercatori «per con-

Un'équipe dell'università Vanvitelli rivela che nei "malati immaginari" si rompe l'equilibrio tra due aree del cervello, quelle che regolano la coscienza del corpo

Ipocondria, il segreto è nella testa

sentire l'integrazione della coscienza corporea, con una piena coscienza di sé». Nel "malato immaginario", invece, è stata riscontrata (con la risonanza magnetica su pazienti a riposo) una asincronia di questo scambio. Un mal funzionamento della normale integrazione della coscienza del corpo. Che vuol dire anche sentirsi malato, timoroso per la propria vulnerabilità.

I NEURONI

«Appare un paradosso - spiega Grossi - Chi soffre di ipocondria è concentrato sul proprio corpo ma, al tempo stesso, ha una ridotta funzionalità nelle reti neurali che consentono la consapevolezza del proprio essere. Probabilmente, proprio queste discordanti elaborazioni cerebrali consentono la costruzione di malattie immaginarie».

Una mancata connessione alla base di quella miriade di sintomi che, secondo i soggetti e secondo

le condizioni, si manifestano come costante preoccupazione di avere una malattia grave accompagnata da sintomi, con ogni probabilità, reali. O avvertiti come tali. L'elenco è lungo per gli oltre 7 milioni di ipocondriaci italiani: mal di testa, nausea, gonfiore e dolore addominale, alterazioni del ritmo cardiaco (palpitazioni e aritmie), stanchezza e mancamenti, crampi addominali, perdita del desiderio sessuale.

Malanni veri o presunti che si confondono. Rassicurazioni che si perdono nel circolo vizioso di compiacenti parenti ed amici sempre pronti a dare consigli e pareri. Sforzi inutili. Che oggi naufragano nel web dove l'ipocondria sta creando il suo clone in rete: la cybercondria. Un'affannosa ricerca, ventiquattro ore su ventiquattro, di informazioni su ogni tipo e genere di patologia.

Carla Massi

Le star



PENELOPE CRUZ
Un'attrice del calibro di Penelope Cruz ha confessato più volte di soffrire di «tendenze ipocondriache»



CARLO VERDONE
Il regista-attore da sempre gioca con la sua ipocondria: «Non è malattia, ma una passione per la medicina»



WOODY ALLEN
Una sua battuta: «Non so se sono ipocondriaco o allarmista, sempre meglio che essere un repubblicano»

LA PATOLOGIA OGGI SI STA TRASFORMANDO IN CYBERCONDRIA: LA DIPENDENZA DAL CERCARE NOTIZIE SANITARIE ON LINE

