LA STAMPA.it

22-10-2015

Lettori

170.000

http://www.lastampa.it/

Sesso, i ginecologi: troppe bufale on line tra le ragazze

Si diffondono falsi miti in rete, e quasi nessuna conosce i sistemi "fit and forget"

Le bufale sul sesso corrono online. Più di una giovane italiana su 5, oltre il 20% delle 20-30enni, ha appreso su Internet informazioni sbagliate sulla sfera intima, le tecniche contraccettive e i loro effetti. «La Rete è il luogo dove nascono e crescono falsi miti molto diffusi anche tra le non giovanissime», denuncia Paolo Scollo, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia, in base ai risultati di un'indagine presentata al 90esimo Congresso nazionale Sigo, in corso a Milano con la partecipazione di oltre 2.500 specialisti. «Il 2% delle ragazze crede addirittura che esista un legame tra il numero di scarpe e le dimensioni del pene - riporta l'esperto - E per il 4% un bagno caldo dopo un rapporto non protetto può rappresentare un'alternativa alla pillola del giorno dopo» per evitare gravidanze indesiderate.

Dal meeting meneghino, dedicato a nutrizione e stili di vita in linea con Expo 2015 che ha dato il suo patrocinio all'evento, emerge una crescente attenzione ai contraccettivi di ultima generazione. «Il 44% delle italiane vuole cambiare quello che sta utilizzando - riferisce Valeria Dubini, consigliere nazionale Sigo - Innanzitutto c'è voglia di maggiore protezione contro le gravidanze indesiderate, poi si cerca un metodo che azzeri i possibili rischi di assunzione o utilizzo e che liberi dalla routine contraccettiva».

L'indagine è stata condotta in 12 Paesi su circa 5.900 giovani dai 20 ai 30 anni, di cui 500 italiane. Emerge che il 37% delle giovani connazionali vuole più informazioni su benessere e salute sotto le lenzuola, e che una su 2 desidera saperne di più su tutti i metodi contraccettivi disponibili. «Le giovani donne non hanno ancora una corretta cultura sulla sessualità - afferma Scollo - Sei su 10 ritengono sia

normale provare dolore durante i rapporti sessuali; il 56% non conosce la posizione esatta della vagina, e per il 5% il coito interrotto può essere un valido modo per prevenire una gravidanza indesiderata». Dati «francamente preoccupanti - osserva l'esperto - soprattutto perché riferiti a donne, non ad adolescenti alle prese con i cambiamenti fisici e le prime esperienze sotto le lenzuola. Dobbiamo investire sulla formazione delle nuove generazioni e attivare al più presto nelle scuole medie inferiori e superiori corsi specifici su questi temi. Offriamo alle Istituzioni la totale disponibilità».

Per Emilio Arisi, presidente della Società di medicina italiana della contraccezione (Smic), «nel nostro Paese sui sistemi intrauterini esistono ancora troppi falsi miti. Una donna su 5 pensa che non siano adatti per chi non ha mai avuto un figlio, il 24% che possano compromettere la fertilità femminile, il 12% che provochino un aumento di peso». Invece «i dispositivi di ultima generazione non presentano queste controindicazioni», assicura. «Solo nel 15% dei casi la contraccezione a lunga azione viene consigliata a una donna - dice Dubini - E il 58% delle giovani italiane ammette di non aver mai sentito parlare di sistemi fit and forget». Per aggiornarle la Sigo ha realizzato il booklet "Tutto quello che devi sapere sulla contraccezione fit and forget". Sarà distribuito nei prossimi mesi negli ambulatori di ginecologia e nei consultori. Continua inoltre sul web il progetto `Scegli Tu´ con esperti a disposizione 7 giorni su 7 per rispondere a dubbi e domande in rosa.

In particolare, i ginecologi segnalano anche per l'Italia «il grande successo di «Jaydess», il sistema intrauterino smart più piccolo al mondo, già campione di vendite negli Usa». Il metodo «ha un'efficacia di oltre il 99% per 3 anni ed è un sistema "fit and forget", cioè metti e dimentica - sottolinea Dubini - Una volta inserito in utero la donna non ha più preoccupazioni. Non interferisce con i rapporti sessuali, anzi ne favorisce la spontaneità». Quando si decide di interrompere l'utilizzo di un sistema intrauterino, questo «viene rimosso dal ginecologo con una semplice procedura, un immediato ritorno alla fertilità e la possibilità fin da subito di incorrere in una gravidanza». Davvero un peccato che le ragazze non lo sappiano.

quotidianosanità.it

Mercoledì 21 OTTOBRE 2015

Camera. Question time di Lorenzin: “Regioni approvino al più presto il Piano nazionale vaccini, le risorse devono e possono essere trovate”

Questo il monito del ministro della Salute. Quanto al possibile divieto per i bambini non vaccinati di frequentare la scuola dell'obbligo: “Il sistema vigente è finalizzato a far scattare l'allerta e consentire alle Asl di intervenire, senza pregiudicare il diritto all'istruzione dei bambini”. Lorenzin ha poi risposto ad altre interrogazioni sulla vendita online di farmaci per l’interruzione di gravidanza, sindrome di Pandas, meningite in Toscana e contrasto alle ludopatie.

“Abbiamo presentato questo nuovo piano vaccini che è ora all'esame della Conferenza Stato Regioni. Io spero che possa passare al più presto. Ritengo che il tema delle risorse non possa essere il tema da affrontare in questo caso. Infatti, le risorse per una copertura vaccinale totale del nostro territorio devono essere trovate. Si devono trovare e si possono trovare. Cominciamo a fare campagne di informazione e di copertura, anche su nuove patologie che possono riemergere o emergere in modo diverso sul nostro territorio”. Così il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, è intervenuta oggi in Aula alla Camera per rispondere a sei interrogazioni.

Due di queste riguardavano l’allarme lanciato dai giorni scorsi dall’Istituto superiore di sanità sul calo della copertura vaccinale. La prima, presentata da **Vittoria D’Incecco (Pd)**, riguardava in particolare le **iniziative urgenti volte a garantire la copertura vaccinale della popolazione italiana, anche tramite adeguate campagne informative**. Lorenzin ha spiegato come il successo dei programmi nazionali vaccinali si fondi sul “raggiungimento e il mantenimento delle coperture di cicli vaccinali completi, a livelli tali da prevenire e controllare efficacemente la diffusione delle malattie infettive prevenibili con il vaccino”. Quanto poi ai dati recentemente forniti dall'Istituto superiore di sanità, “descrivono una situazione che non può che destare preoccupazione”, ha detto il ministro, ed è proprio per porre rimedio a tali criticità che “ho voluto fosse elaborato il nuovo piano nazionale di prevenzione vaccinale, attualmente all'esame della commissione salute della Conferenza delle regioni”. Infine, riguardo il possibile divieto per i bambini non vaccinati di frequentare la scuola dell'obbligo: “I sistema vigente è finalizzato a far scattare l'allerta e consentire alle Asl di intervenire, senza pregiudicare il diritto all'istruzione dei bambini”.

Questa la risposta integrale di Lorenzin: “Ringrazio veramente gli onorevoli interroganti per aver sollevato la questione in esame, in quanto mi consente, in questo autorevole consesso, di porre alcuni chiarimenti su questa questione. Vaccinare vuol dire investire sul benessere, soprattutto dei giovani e dei bambini, rafforzare il patrimonio della prevenzione a valenza nazionale e proteggere le persone più fragili. Siamo tutti consapevoli che l'introduzione dei vaccini costituisce l'intervento di sanità pubblica più importante per l'umanità, nel senso non solo dell'evidenza del ruolo sociale ed etico a cui assolve, ma anche perché ha determinato una svolta nella storia dell'uomo in termini di riduzione della suscettibilità alle infezioni, riduzione dei costi sanitari e sociali legati alle malattie infettive e degli eventuali esiti invalidanti e possiamo dire riduzione delle tante morti che hanno flagellato i secoli scorsi. Ad oggi, la vaccinazione è la misura di prevenzione più efficace ed innocua. Infatti, se confrontata con

l'immunoprofilassi passiva, essa comporta meno rischi, dalle reazioni allergiche allo shock anafilattico. Svolte queste considerazioni di carattere generale, non possono non sottolineare che il successo dei programmi nazionali vaccinali si fonda sul raggiungimento e il mantenimento delle coperture di cicli vaccinali completi, a livelli tali da prevenire e controllare efficacemente la diffusione delle malattie infettive prevenibili con il vaccino. Gli ultimi due piani nazionali, quello del 2005-2007 e quello del 2012-2014, frutto di intesa in Conferenza Stato-regioni, hanno fornito indirizzi per le strategie vaccinali da applicare su tutto il territorio, improntate a criteri di equità e standardizzazione dell'offerta vaccinale.

Ciononostante, i dati recentemente forniti dall'Istituto superiore di sanità descrivono una situazione che non può che destare preoccupazione ed è proprio per porre rimedio a tali criticità che ho voluto fosse elaborato il nuovo piano nazionale di prevenzione vaccinale, attualmente all'esame della commissione salute della Conferenza delle regioni, che, oltre ad ampliare l'offerta vaccinale da parte del Servizio sanitario nazionale, al fine di recuperare la cultura delle vaccinazioni, prevede l'adozione di un piano di comunicazione istituzionale recante iniziative volte a fornire alla popolazione le informazioni dettagliate sui rischi delle complicanze delle malattie prevenibili con i vaccini e i benefici della vaccinazione, nonché la condivisione dei contenuti informativo-educativi sul tema nei programmi delle scuole e dei corsi universitari. Quanto, poi, alle specifiche questioni poste dagli interroganti, mi limito a ricordare che l'ordinamento vigente attribuisce ai soli ordini professionali il potere di disciplinare i suoi medici e, pertanto, spetta agli stessi ordini valutare se e quando una mancata prestazione sanitaria possa tradursi in un comportamento deontologicamente non corretto.

Quanto, invece, alla possibilità che sia previsto il divieto per i bambini non vaccinati di frequentare la scuola dell'obbligo, ricordo che la normativa vigente prevede, nei casi di mancata presentazione della certificazione comprovante l'avvenuta vaccinazione, che il dirigente scolastico comunichi, entro cinque giorni, il nominativo alla ASL di competenza, affinché la stessa intervenga per i tempestivi adempimenti. Il sistema vigente è pertanto finalizzato a far scattare l'allerta e consentire alle ASL, informate tempestivamente, di intervenire, senza tuttavia pregiudicare il diritto all'istruzione dei bambini, proprio per evitare che gli stessi siano doppiamente penalizzati. Ogni eventuale modifica al predetto sistema, finalizzata a rendere maggiormente effettiva la copertura vaccinale, non può pertanto che essere rimessa ad una decisione del Parlamento”.

A seguire, **Raffaele Calabrò (Ap)** ha illustrato la sua **interrogazione sulle iniziative volte a garantire la soglia di sicurezza della copertura vaccinale nel nostro Paese**. Lorenzin, tornando a sollecitare l’approvazione del nuovo Piano nazionale vaccini da parte delle Regioni, ha rimarcato come, per questa problematica, “le risorse si devono e si possono trovare”.

Questa la risposta integrale di Lorenzin: “Signor Presidente, approfitto di questa interrogazione perché appunto l'onorevole Calabrò ha dato i dati. I dati sono veramente allarmanti, ma vorrei tradurre questi dati poi in cosa accade realmente sui nostri territori. Quando una bambina di 40 giorni muore per la pertosse, pertosse, una malattia che era di fatto scomparsa, perché quella bambina muore ? Perché il virus ha viaggiato attraverso persone non vaccinate e a raggiunto una bambina troppo piccola per essere vaccinata. Quella famiglia lì come potrà mai essere risarcita da una perdita del genere ? Questo è l'effetto gregge; per la pertosse, per la poliomelite, per la meningite, per il morbillo, per malattie che erano state debellate dal nostro territorio e che possono provocare la morte dei nostri figli se non menomazioni irreparabili, irrimediabili per tutta la loro vita. Allora, che nel 2015 i Paesi occidentali si trovino a dover riaffrontare questa emergenza è un problema grandissimo, grandissimo. Abbiamo dati di percentuali su sondaggi fatti tra i genitori che purtroppo si sono legati a credenze, a falsi miti, a leggende metropolitane, che girano sul web, che girano su riviste non autorizzate, non validate dalla comunità scientifica internazionale e mondiale, che collegano il tema delle vaccinazioni alla comparsa di malattie come l'autismo o come l'epilessia. Non esiste alcuna correlazione con queste malattie. Questo è stato sancito chiaramente da decine e decine di studi dei più importanti centri scientifici al mondo: centri indipendenti, studi indipendenti, cluster fatti su migliaia di casi, come l'ultimo effettuato negli Stati Uniti”.

Questa è una questione di sicurezza nazionale e di salute pubblica. Come Ministero noi ce ne stiamo occupando in modo molto forte, ormai da anni. Abbiamo presentato questo nuovo piano di vaccinazione, questo nuovo piano vaccini, che – come ho già detto – è all'esame della Conferenza

Stato regioni. Io spero che possa passare al più presto. Ritengo che il tema delle risorse non possa essere il tema da affrontare in questo caso. Infatti, le risorse per una copertura vaccinale totale del nostro territorio devono essere trovate. Si devono trovare e si possono trovare. Cominciamo a fare campagne di informazione e di copertura, anche su nuove patologie che possono riemergere o emergere in modo diverso sul nostro territorio. Noi assistiamo ad un paradosso e concludo così. Il paradosso è che abbiamo i Paesi del terzo e del quarto mondo che ci chiedono aiuto per vaccinare i loro figli e noi rinunciamo a vaccinare i nostri. In un mondo globale, dove più di 4 milioni di persone al giorno prendono l'aeroplano, dove viaggiano le merci, le persone sui treni, in un mondo in cui non ci sono più confini, credo che riappropriarci di una cultura scientifica, che faccia perno sull'evidenza scientifica e non su falsi miti che circolano in luoghi non autorizzati, sia un dovere anche di questo Parlamento, che può fare tanto in materia di formazione, informazione e divulgazione”.

A seguire, **Massimo Parisi (Misto)**, è intervenuto per illustrare l’interrogazione sulle **iniziative per contrastare la diffusione della meningite, anche attraverso campagne di sensibilizzazione volte ad incrementare la somministrazione di vaccini, con particolare attenzione alla situazione della Toscana**. Il ministro ha spiegato che dal territorio toscano sono pervenute all'Istituto superiore di sanità ventotto segnalazioni di malattie invasive da meningococco C, con un'età media di 31 anni, quindi non nella fascia dei bambini. “La regione Toscana ha adottato opportune misure di sanità pubblica quali l'antibioticoprofilassi nei contatti dei casi, bloccando in maniera efficace il possibile contagio – infatti, non sono stati registrati casi secondari – nonché una campagna vaccinale straordinaria anti-meningococcica che prevede l'immunizzazione degli adolescenti e degli adulti fino a 45 anni di età, stanziando allo scopo la somma di 9 milioni di euro”.

Questa la risposta di Lorenzin: “Presidente, il Ministero della salute sta seguendo con particolare attenzione l'evolversi dei casi di meningite batterica verificatisi in Toscana e riceve dall'Istituto superiore di sanità periodici aggiornamenti sui risultati di laboratorio relativi alla tipizzazione dei ceppi batterici che hanno dato origine ai casi in parola, cioè nell'ambito delle azioni centrali sulla sorveglianza delle malattie batteriche invasive. Preciso che l'aumento di frequenza dei casi di tale malattia è stato rilevato solo in un'area circoscritta del territorio della Toscana e nelle altre regioni non risulta alcun aumento della casistica. Le indagini sulla virulenza e patogenicità dei ceppi batterici coinvolti sono tuttora in corso e sono condotte parallelamente ad un'indagine investigativa epidemiologica volta ad approfondire i meccanismi e le modalità di trasmissione della malattia. Allo stato, i casi non sembrano, peraltro, correlati tra di loro. Sulla base dei dati disponibili, preciso che ad oggi dal territorio toscano sono pervenute all'Istituto superiore di sanità ventotto segnalazioni di malattie invasive da meningococco C, con un'età media di 31 anni, quindi non nella fascia dei bambini. Gran parte dei casi registrati sono stati tipizzati dall'Istituto superiore di sanità e hanno caratteristiche molecolari similari appartenenti ad uno stesso ceppo del complesso clonale 11. L'eccesso dei casi invasivi da meningococco potrebbe essere determinato anche da una più elevata circolazione della popolazione di questo ceppo.

L'Istituto ha quindi proposto di valutare la presenza di portatori di ceppi di meningococco nella popolazione e di indagare se la prevalenza è più elevata nell'area maggiormente colpita da malattie invasive da meningococco C. Anche la regione Toscana, sempre particolarmente attenta all'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni previste dal vigente piano nazionale di prevenzione vaccinale, ha adottato opportune misure di sanità pubblica quali l'antibioticoprofilassi nei contatti dei casi, bloccando in maniera efficace il possibile contagio – infatti, non sono stati registrati casi secondari – nonché una campagna vaccinale straordinaria anti-meningococcica che prevede l'immunizzazione degli adolescenti e degli adulti fino a 45 anni di età, con un'offerta prioritaria ai soggetti a rischio per condizioni fisiopatologiche, stanziando allo scopo, con delibera di giunta regionale, la somma di 9 milioni di euro. Questo per far comprendere come, poi, quando ci troviamo di fronte ad una recrudescenza di una malattia di questo genere, bisogna fare un grande investimento per cercare di bloccare l'epidemia. Ritornando alle interrogazioni precedenti, questo è un caso che ci fa comprendere come sia necessaria una copertura vaccinale completa, stare attenti alle vaccinazioni e seguirne l'andamento nel corso delle generazioni. La regione Toscana ha, infine, attivato un numero verde per rispondere alle richieste di informazioni provenienti dai cittadini. Nel piano nazionale di prevenzione ci sono, ovviamente, misure di rafforzamento, sia per le vaccinazioni già presenti, sia per le nuove vaccinazioni”.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 41.924
Diffusione 08/2015: 25.893
Lettori Ed. II 2015: 137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

22-OTT-2015
da pag. 4
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Veleni e smentite sul tumore del Papa

Il neurochirurgo giapponese in Vaticano Ha incontrato Francesco ma senza visitarlo

Trame

I sospetti di una manovra per screditare il Pontefice

Andrea Acali
a.acali@iltempo.it

Come sta il Papa? Secondo il portavoce vaticano padre Lombardi benissimo. «Posso confermare che gode di buona salute». E torna a smentire, con ulteriori particolari e con inusitata fermezza, la notizia che Bergoglio abbia un tumore al cervello diagnosticato da un luminare del settore, lo specialista giapponese Takanori Fukushima. Lo ha fatto in sala stampa all'inizio del consueto briefing sul Sinodo, dopo aver scherzato con i giornalisti: «Avete dormito bene, penso. L'affollamento dice che c'è interesse per il Sinodo e questo mi fa piacere. Ma ho il vago sospetto che qualcuno si aspetti da me parole su una notizia che ha suscitato un poco di rumore». E ha poi parlato di «grave atto di irresponsabilità, ingiustificabile e inqualificabile». Il riferimento era al Quotidiano Nazionale, che ha «sparato» la notizia. Notizia riportata anche dal *Tempo* accompagnata però dalla secca smentita di padre Lombardi. Il quale ieri ha ribadito «dopo le verifiche presso le fonti opportune, compreso il Santo Padre» che «nessun medico giapponese è venuto in Vaticano a visitare il Papa e non vi sono stati esami del tipo indicato nell'articolo» né «vi sono stati voli di elicotteri arrivati in Vaticano dall'esterno neppure nel mese di gennaio». Anche l'Osservatore Romano afferma che «il momento scelto rivela l'intento manipolatorio del polverone sollevato». Sorpreso mons. Angelo Becciu, sostituto della Segreteria di Stato, che in un tweet parla di «gazzarra»: «Ho incontrato il Papa ieri sera. Sta benissimo è in grande forma! Che è 'sta gazzarra sulla sua salute?». E non si tratta di un fake, come conferma lo stesso articolo dell'Osservatore.

Ma non sono le uniche smentite autorevoli. Fonti sanitarie vicine al S. Padre ci hanno confermato di «non sapere nulla di un tumore del Papa». L'amministratore delegato della clinica di S. Rossore Andrea Madonna ha dichiarato che «il Papa non è mai venuto da noi». E alla fine anche Lori Radcliffe, dello staff di Fukushima al Carolina Neuroscience Institute di Raleigh, ha definito «assolutamente falsa» la notizia, aggiungendo che il professore ha incontrato il Papa e gli ha stretto la mano (come mostrano le foto sul sito del neurochirurgo) durante un'udienza ma che non lo ha mai visitato.

Eppure il Quotidiano Nazionale insiste. Aveva parlato di un volo dell'elicottero papale in Toscana, poi era girata la voce di un volo nella direzione opposta per trasportare Fukushima in Vaticano. A Qn spiegano che più fonti incrociate hanno confermato la notizia e che la smentita era attesa. In effetti Fukushima è stato in Vaticano, non solo all'udienza, come dimostrano le foto messe sul sito e su Facebook. Ma, come ha detto padre Lombardi, «ci si augura che questa vicenda si chiuda immediatamente». C'è da chiedersi, tuttavia, cosa ci sia dietro. E non sembra del tutto campata in aria l'ipotesi di una «polpetta avvelenata», finalizzata a screditare il Pontefice nei giorni caldi della chiusura del Sinodo. Molti osservatori pensano a una manovra dei cardinali più ostili a Francesco per destabilizzarlo. Come sostiene pure uno dei padri sinodali, il gesuita direttore della Civiltà Cattolica: «Ormai non sanno più che dire... sono alla frutta! Dopo tutte le menzogne varie si inventano pure le malattie! Buon segno...» ha twittato padre Antonio Spadaro. Ma anche in questo caso il direttore di Qn nega che si tratti di trame. Intanto ieri il Papa ha tenuto l'udienza generale. Dopo la catechesi, incentrata sulla fedeltà dell'amore alla quale bisogna «restituire onore sociale», l'unico cenno alla malattia lo ha fatto ricordando S. Giovanni Paolo II, di cui ricorre oggi la festa liturgica. «Portate con gioia la croce della sofferenza - ha detto agli ammalati - come egli ci ha insegnato con l'esempio».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 164.248
Diffusione 08/2015: 86.299
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

22-OTT-2015
da pag. 18
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

lotta allo spreco A Milano un esempio che fa riflettere

Con i farmaci «biosimilari» si abbatte la spesa sanitaria

Il caso dell'ospedale Sacco dove i medicinali equivalenti sono spesso utilizzati al posto di quelli «biotecnologici»

38%
Il costo maggiore di un farmaco di marca rispetto al biosimilare dell'Infliximab utilizzato anche per l'artrite reumatoide

10 euro
Il costo di un biosimilare utilizzato dall'ospedale Sacco di Milano al posto di un biotecnologico che ne costerebbe 60

Enza Cusmai

— Ogni giorno si parla di tagli alla sanità e di identificare modalità diagnostiche o terapeutiche che, a minor costo, mantengano la stessa efficienza. In effetti il mondo della sanità è così variegato che a volte sfugge l'attenzione alle piccole cose attuabili per aspirare a una sanità virtuosa. Come far applicare, su scala nazionale, la filosofia clinica dell'ospedale Sacco di Milano: qui i tagli alla spesa si fanno in modo ragionato; per esempio, si risparmiano migliaia di euro acquistando farmaci biosimilari al posto di quelli biotecnologici di marca (originali), così come i farmaci equivalenti a brevetto scaduto. Il direttore del dipartimento farmaceutico, Massimo Medaglia, esemplifica: «Una fiala per il fattore di crescita Filgrastim costava circa 60 euro dal fornitore originale, mentre il biosimilare che acquistiamo lo paghiamo 10 euro. L'anno scorso, solo con questo farmaco, abbiamo risparmiato ben 30mila euro, con una riduzione del costo del farmaco dell'80 per cento».

Una piccola goccia nel mare degli sperperi? Non proprio. Ecco un'altra piccola rivoluzione farmacologica contenuta nel biosimilare di un anticorpo monoclonale chiamato Infliximab che viene utilizzato in molte indicazioni cliniche tra le quali l'artrite reumatoide, la spondilite anchilosante, la malattia di Crohn e la psoriasi. Migliaia di persone in tutta Italia potrebbero beneficiare del biosimilare di questo farmaco se non fosse che in realtà è tuttora sottoutilizzato. Molti medici non lo considerano e preferiscono usare sempre il farmaco di marca. Con una doppia ricaduta negativa: ogni cura per paziente all'ospedale costa circa il 30-38 per cento in più e siccome i soldi non sono infiniti, si rischia di restringere la cerchia dei pazienti che ne avrebbe diritto. I farmaci biotecnologici, infatti, essendo prodotti da cellule viventi e con procedure complesse, hanno un costo elevato e dunque, pur avendo rivoluzionato lo scenario di cura di queste patologie, hanno un impiego spesso limitato a causa dei loro costi.

La Lombardia, per esempio, era stata tra le prime Regioni a indire (e aggiudicare recentemente) un bando di gara per rinegoziare il prezzo di infliximab, dopo l'arrivo del suo biosimilare, favorendo così il confronto concorrenziale tra l'originale e il suo biosimilare. Ma a distanza di alcuni mesi, c'è una situazione di stallo e il lento passaggio all'opzione terapeutica a costo inferiore rischia di vanificare le potenzialità in termini di risparmio; a seguito della recente aggiudicazione della gara in questione, Regione Lombardia si aspetta un notevole incremento nell'uso del biosimilare, avendolo tra l'altro inserito tra gli obiettivi sanitari strategici per il 2015.

In effetti il farmaco biosimilare è consigliato dalle società scientifiche nei pazienti naïf, ossia in quelli che non hanno mai utilizzato prima farmaci biotecnologici, mentre viene lasciata alla decisione del singolo specialista se sostituire il farmaco originale con il biosimilare quando il trattamento è già in corso. Molti medici ritengono che il principio della continuità terapeutica di un farmaco sia inviolabile, e in questo modo, non ritengono corretto sostituire il farmaco originale con il biosimilare.

Vi sono però alcune strutture sanitarie virtuose, che confermano come - grazie alla collaborazione tra lo specialista e il farmacista ospedaliero - sia possibile coniugare qualità e sostenibilità delle cure. «Noi acquistiamo i biosimilari da quando sono il commercio - spiega Medaglia -. L'ultima molecola per l'artrite reumatoide costa in media il 35 per cento in meno rispetto al farmaco di marca. Ma non possiamo "costringere" il medico a usarlo come si fa con i farmaci generico-equivalenti per i quali la sostituzione è sostanzialmente automatica. Per normativa i biosimilari vengono inquadrati come simili e non identici all'originale e la legge stessa ne vieta la sostituibilità automatica da parte del farmacista. È un vero peccato perché dai prossimi anni saranno disponibili i biosimilari per le malattie oncologiche che farebbero risparmiare al servizio sanitario nazionale milioni di euro, ma la scelta terapeutica deve giustamente rimanere in carico al medico».

E allora, come mai i medici sono così poco sensibili nonostante i richiami ad evitare gli sprechi? Il farmaco similare non è efficace? «Il biosimilare è identico nella struttura primaria e ha superato le prove di comparabilità con il farmaco originale, dimostrando la stessa efficacia e sicurezza del farmaco di marca. Inoltre ottiene il via libera dalle agenzie del farmaco europea (Ema) e italiana (Aifa). Infatti funziona bene, i miei pa-

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 164.248
Diffusione 08/2015: 86.299
Lettori Ed. II 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

22-OTT-2015
da pag. 18
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

zienti sono soddisfatti», spiega Piercarlo Sarzi Puttini, direttore dell'Unità operativa complessa di Reumatologia. E allora perché dilagano resistenze e timori per l'uso dei biosimilari? «In Italia ci sono centri dove si usano regolarmente, come qui al Sacco e a Brescia e in altri meno - spiega il direttore - perché, come sottolineato prima, vale il principio che la continuità terapeutica non si tocca. I miei pazienti invece sono propensi a cambiare. Certo, bisogna perdere quei cinque minuti per spiegare loro che non cambia nulla nella sostanza...».

«Alcuni medici si nascondono dietro la libertà terapeutica, mentre bisognerebbe fare uno sforzo in più di collaborazione - aggiunge Sarzi Puttini -. Se io ho un paziente che sta facendo il *brand* (originale) di Infliximab che mi fa spendere 15 mila euro l'anno, cerco di convincerlo a utilizzare il biosimilare; in questo modo spendo almeno il 30 per cento in meno. Questa per me è una scelta logica e che non cambia la qualità del mia terapia verso il paziente». A ciò si aggiunga, ricorda Medaglia, che è sempre presente un sistema nazionale di farmacovigilanza per i cui medici e farmacisti, con la collaborazione dei pazienti, posso vigilare sulla qualità e sulla sicurezza del farmaco, sia di marca che biosimilare.

Serve più disponibilità della classe medica che, attenzione, non vuol dire appiattimento. Sarzi Puttini avverte: «La continuità terapeutica è importante e talvolta non si può cambiare farmaco durante una terapia. Il biosimilare è ottimo, lo uso per i nuovi pazienti mentre gli habitué vanno gradualmente traghettati. Ma queste sono valutazioni mediche. I nostri politici, però, non devono imporci il risparmio a tutti i costi. Noi medici dobbiamo mantenere la libertà prescrittiva ma è necessario che il medico si impegni a risparmiare risorse ogni volta che la scienza lo consente. Solo il governo clinico può garantire la sostenibilità del sistema sanitario».

ALTERNATIVA

Il farmaco biosimilare potrebbe risolvere molti dei problemi di abbattimento delle spese del sistema sanitario. È infatti una versione «alternativa» di un farmaco biologico già autorizzato per uso clinico (detto «farmaco originatore») al quale è analogo per caratteristiche ed efficacia clinica

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Diffusione: 107.000

TEMPI

Settimanale

Agenzia Italiana del Farmaco AIFA

Data 28-10-2015
Pagina 36
Foglio 1

SANITÀ

IPERCOLESTEROLEMIA

La cura di un farmaco innovativo e per tutti

Ancora poco diagnosticata e sottovalutata, l'ipercolesterolemia (che identifica alti valori di colesterolo nel sangue) è tra le patologie metaboliche più comuni e rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari. Si calcola infatti che ogni anno in Italia circa 300 mila persone muoiano per cause legate a fattori cardiovascolari, 34 persone ogni ora. Per questo il mese scorso, riunita a Londra per il Congresso della Società Europea di Cardiologia, la comunità scientifica ha plaudito ai nuovi dati presentati da Amgen circa l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità di Repatha, il primo anticorpo monoclonale per il trattamento dell'ipercolesterolemia ad avere ottenuto nell'arco di pochissimi mesi l'immissione in commercio da parte della Commissione Europea e l'approvazione della Food and Drug Administration (FDA). Si tratta di un farmaco altamente innovativo, capace di abbassare il colesterolo LDL (una riduzione fino al 75 per cento del "colesterolo cattivo" rispetto al basale) nei pazienti che non sono in grado di arrivare ai livelli appropriati con il solo cambio di stile di vita e nonostante seguano terapie ipocolesterolemizzanti. Forte di oltre tre decenni di esperienza nello sviluppo di farmaci biotecnologici per pazienti con malattie gravi, Amgen punta dunque a rafforzare il suo portafoglio di prodotti entrando anche nell'area cardiovascolare offrendo il proprio know-how in ricerca e sviluppo e partnership importanti: «Abbiamo iniziato a interloquire con le autorità e le istituzioni per trovare soluzioni che consentano di mettere il farmaco a disposizione dei pazienti ancor prima che sia concluso l'iter di rimborsabilità – spiega l'ad Francesco Di Marco –. Non stiamo pensando a un programma di uso compassionevole, ma a un nuovo modello in grado di coniugare sostenibilità del sistema e accesso alle migliori opzioni terapeutiche per il paziente».

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Tiratura: 39.564 Diffusione: 27.847

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Quotidiano

Agenzia Italiana del Farmaco AIFA

Data 22-10-2015
Pagina VI
Foglio 1

SANITÀ

LE EMERGENZE D'AUTUNNO

«I TIMORI INFONDATI»

Il dr. Macchia, di «Informazione e salute»: rischiano soprattutto anziani, ammalati e chi lavora in ambienti pubblici

«Arriva l'influenza meglio vaccinarsi»

L'esperto: l'anno scorso troppi ricoveri nei nostri ospedali

ANTONIO GALIZIA

È ormai ai blocchi di partenza la campagna per il vaccino antinfluenzale 2015-2016 ed anche quest'anno si ripropongono i temi caldi legati all'informazione che comincia a circolare su questo presidio terapeutico, che un anno fa fece registrare nel barese una delle percentuali più alte di rinunce (la punta a dicembre 2014, col -30% rispetto all'anno precedente), esponendo i cittadini, soprattutto i più anziani, a grossi rischi per la propria salute. Per questo i medici di famiglia «scendono in campo», ricordando che il vaccino va eseguito possibilmente entro fine anno perché assicuri la sua efficacia preventiva. A spiegarlo è il dottor **Franco Macchia**, di Conversano, medico di famiglia specialista in malattie all'apparato respiratorio e tisiologia e coordinatore di «Informazione e salute».

«Vaccino sì o vaccino no? Pare che il famoso detto prevenire è meglio che curare non riesca proprio a decollare in questo settore della medicina – premette Macchia -. La colpa di ciò non è soltanto di chi scelleratamente diffonde notizie che non hanno alcuna valenza scientifica, ma anche di noi medici che spesso non riusciamo a trasmettere ai nostri pazienti la giusta informazione». Secondo lo specialista «soprattutto quest'anno è opportuno mobilitare tutte le forze disponibili per cercare di recuperare la forte flessione negativa che si è verificata l'anno scorso (una persona a rischio su 3 non si è sottoposta a vaccinazione) e questo per una serie di timori infondati che hanno portato il caos negli ospedali e nei pronto soccorso. Si sono infatti verificati consistenti aumenti di richieste di ricoveri ospedalieri e di accessi in pronto soccorso per le gravi complicanze della malattia, con notevole aumento anche dei casi di morte soprattutto nelle persone a rischio».

Ma a quali persone la vaccinazione è fortemente consigliata?

«Prima di tutto gli ultra 65enni, anche se non affetti da patologie, essendo l'età di per sé un fattore di rischio. Poi tutti coloro che soffrono di malattie croniche, quali ad esempio le cardiopatie, le bronco-pneumopatie, il diabete, l'ipertensione grave, indipendentemente dalla loro età. Inoltre le persone che utilizzano farmaci potenzialmente immuno-soppressori, le gravide ed infine, per motivi sociali, tutti coloro che operano in pubblici servizi: ad essi il vaccino è fornito gratuitamente e viene somministrato dai propri medici di famiglia presso i loro ambulatori. Il ministero della Salute auspica che almeno il 75% della popolazione a rischio venga sottoposta a vaccinazione, sperando col tempo di arrivare al fatidico 95% come traguardo ideale. Ma per fare ciò è indispensabile che tutta la classe medica si mobiliti ed intensifichi gli sforzi, contrastando con dati scientifici le infondate paure che aleggiano su tale argomento. Di fatto non c'è un solo dato attendibile che infici l'utilità delle vaccinazioni. Basterebbe infatti pensare al fatto che il vaccino antinfluenzale viene somministrato ogni anno a milioni di persone in tutto il mondo e gli eventi avversi gravi sono pochissimi a fronte, invece, delle migliaia di decessi che miete la pandemia influenzale specie tra i pazienti anziani o fragili non vaccinati. Sarebbe quindi auspicabile che quest'anno tutta la popolazione a rischio si sottoponesse con fiducia al vaccino, evitando così le possibili e temibili conseguenze legate alla malattia, tanto più che la tecnologia farmaceutica ha ormai raggiunto standard di sicurezza molto elevati ed un alto livello di immunizzazione».

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Tiratura: 230.927 Diffusione: 176.934

Il Sole 24 ORE

Quotidiano

Agenzia Italiana del Farmaco AIFA

Data 22-10-2015
Pagina 51
Foglio 1

Professionisti. Gli Stati generali della categoria

I medici dicono no a «risorse risicate e protocolli di Stato»

Barbara Gobbi

Da una parte, il «film horror» del demansionamento che fa precipitare ruolo e dignità del medico ridotto a «bancomat della sanità», fattore produttivo schiacciato dalla burocrazia e costretto al precariato a vita da blocchi del turnover, scarsità di risorse e mala gestione. Dall'altra parte, un servizio sanitario "colabrodo", polverizzato dalla riforma del Titolo V che quattordici anni fa ha dato vita a ventuno diverse gestioni della salute, che mettono a rischio parità ed equità d'accesso dei cittadini alle cure. Per non parlare delle ultime micce accese: le sanzioni economiche ai cattivi prescrittori previste nel decreto sull'appropriatezza targato ministero della salute e le sanzioni, questa volta disciplinari, che il nuovo Piano vaccini introduce per i camici bianchi che disincentivino i pazienti alla profilassi.

E chi più ne ha più ne metta: i mal di pancia dei medici sembrano non aver più fine. Per la prima volta uniti dopo decenni di partigianerie, i dottori d'Italia, dagli **ospedalieri** ai **convenzionati** ai **liberi professionisti** hanno tenuto ieri, a Roma, il loro **Stati generali**. In un periodo caldissimo, tra la legge di Stabilità che fa capolino in Parlamento, le nuove norme sulla responsabilità professionale sanitaria e la riforma costituzionale che redistribuisce le competenze tra Stato e Regioni, anche in materia di salute.

La misura è colma, annunciano i dottori. All'insegna dello slogan "Una sanità a pezzi. Regione che vai, sanità che trovi", puntano a «cambiare ciò che non va», ha spiegato Roberta Chersevani, presidente della Federazione nazionale dei medici e degli odontoiatri (Fnomceo), promotrice della giornata. Uniti alla meta, i medici cui la ministra della salute Beatrice Lorenzin tende più che mai la mano - «la sanità in questi anni di crisi è stata tenuta in piedi dal loro sacrificio» - annunciano una fiaccolata per il 28 novembre e non escludono uno sciopero di massa.

La carne al fuoco è sintetizzata nel decalogo faticosamente concordato a chiusura degli Stati generali. Non è più il tempo della diplomazia, tagliano corto i medici. Che in cinque "no" e in cinque "sì" mandano un messaggio chiaro e forte al governo: no al sottofinanziamento che smantella i servizi al cittadino, no alla sanità per decreti e a protocolli di stato suggeriti da chi è lontano dalla relazione quotidiana con le persone, no agli obblighi amministrativi che tolgono tempo alla relazione di cura, no a una formazione che non si confronta con i bisogni di salute, no a una politica ostile al medico. Poi, i "sì": a una professione libera di curare in un Ssn che offra equità e pari opportunità d'accesso, a una formazione appropriata, a un'informatizzazione utile. Sì, infine, alla verifica tra pari dei comportamenti professionali e alla meritocrazia, sì ai medici con le persone.

Sullo sfondo, quei nuovi livelli essenziali di assistenza che la legge di Stabilità dovrebbe finalmente condurre in porto. E sulla cui piena attuazione in un'ottica di equità il Parlamento «farà quadrato» come ha promesso ieri la presidente della commissione Igiene e Sanità Emilia Grazia de Biasi intervenuta al convegno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

ilFarmacista online.it

Quotidiano della Federazione FOFI Ordini Farmacisti Italiani

21-10-2015

http://www.ilfarmacistaonline.it

Malattie respiratorie infantili. Si apre domani a Torino il XIX Congresso della Simri

Per tre giorni il capoluogo piemontese sarà capitale delle malattie respiratorie infantili. In Piemonte il 10% dei bimbi soffre di asma. I primi 1000 giorni di vita offrono un'opportunità unica per prevenire patologie croniche come bronchite ostruttiva. Ma occorrono più investimenti per la prevenzione e la formazione dei clinici".

21 OTT - Il 5,4% dei bambini piemontesi è obeso, il 18,6% in sovrappeso; tre su dieci non praticano attività fisica e sotto gli undici anni, un bambino su 10 è asmatico o soffre di fiato corto e sibili scatenati da infezioni delle vie respiratorie, fattori ambientali e allergie. Saranno questi alcuni dei dati oggetto di discussione al XIX Congresso Nazionale della Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili (SIMRI) che si apre domani all'Auditorium Lingotto e fino a sabato ospita a Torino oltre 650 medici pediatri e specialisti del settore di tutta Italia.

"La SIMRI è ormai al XIX anno di vita e si rinnova in questo Congresso partendo da una consapevolezza - spiega **Renato Cutrera, presidente SIMRI** –, lo stato di salute da adulti deriva anche da come sono andate le cose nei primi 1000 giorni di vita, dal concepimento a due anni. Dipende dall'epigenetica, un insieme di meccanismi che modulano l'attivazione dei geni e che sono influenzati da vari fattori ambientali, tra cui gli stili di vita. Da questa importante consapevolezza nasce l'esigenza di formare i giovani medici pediatri e investire di più nelle scuole di specializzazione, anche attraverso la promozione di borse di studio e l'invito a partecipare ai congressi anche i giovani ricercatori e ai medici specializzandi. Per il nostro XIX Congresso abbiamo rinforzato i nostri contatti con la Società Italiana di Pediatria e le altre Società pediatriche affiliate, ma anche stipulati protocolli d'intesa importanti con l'AIPO (Associazione Italiana dei Pneumologi Ospedalieri) e rapporti di collaborazione con la Federazione Italiana Medici Pediatri, per istaurare un percorso condiviso di medicina transizionale: un percorso di cura che segua la persona dall'età pediatrica all'età adulta nell'ambito della malattie respiratorie".

"La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) – spiega ad esempio Crutera - è una malattia dell'apparato respiratorio che sorge in età adulta. Le cause sono dovute a fattori ambientali, principalmente il fumo di tabacco. Una vera piaga sociale, la quarta causa di morte nel mondo per malattie respiratorie croniche. Eppure è una patologia evolutiva e prevenibile nei suoi fattori di rischio, fin dal concepimento, cioè in gravidanza e nella prevenzione del fumo passivo dei bambini e nell'evitare l'inizio del fumo attivo. Le nuove direttive europee contro il tabagismo, promosse con decreto dal Ministero della Salute anche in Italia stanno andando nella direzione giusta per sensibilizzare e responsabilizzare la popolazione sui danni del fumo. Allo stesso tempo, abbiamo deciso di approfondire anche altri temi come le vaccinazioni, perché devono essere considerate elementi portanti di uno stile di vita sano, al pari dell'alimentazione corretta e dell'esercizio fisico".

Dal presidente della Simri, infine, un richiamo alla necessità di "sostenere il ruolo socio-educativo del pediatra all'interno della famiglia. Il pediatra non è solo il medico del bambino, ma lo specialista più consultato dalla famiglia giovane, che quindi può fare opera di prevenzione primaria per il minore e per i genitori, riferimento fondamentale per la crescita e per la salute dei figli".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 284.670
Diffusione 08/2015: 211.636
Lettori Ed. II 2015: 1.327.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

28-OTT-2015
da pag. 59
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

COPERTINA

LE NUOVE CURE ALZHEIMER

Sono in arrivo test diagnostici per identificare nel cervello, con anni di anticipo, i segni della malattia. In modo che i farmaci, somministrati in una fase ultraprecoce, possano fermare il declino cognitivo.

di Chiara Palmerini

Un «lento smantellamento» di una persona, come un uovo alla coque svuotato un po' alla volta, con il guscio che lo preserva apparentemente intatto; o come lo spegnimento di un altoforno, un processo che sembra non finire mai. Descrive così il giornalista Michele Farina in *Quando andiamo a casa? Mia madre e il mio viaggio per comprendere l'Alzheimer* (BUR), il lento ma inarrestabile decadimento della madre colpita dal morbo a 64 anni. Una dipartita in slow motion condivisa con milioni di altri esseri umani, 46 nel mondo, che si stimano affette da demenza.

Una malattia che ha il doppio aspetto di dramma privato ed emergenza pubblica per i costi esorbitanti. Che raggiungeranno in due o tre decenni l'equivalente del Pil di un paese sviluppato, via via che nel mondo aumentano i vecchi e i malati arriveranno a essere 130 milioni.

Se i numeri e proiezioni sono disperanti, va fatta però una precisazione: «È vero che cresce il numero totale dei malati, perché sono sempre di più gli anziani, ma l'incidenza della malattia non è in aumento» osserva Marco Trabucchi, esperto di demenze e presidente dell'Associazione di psicogeriatria.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 284.670
Diffusione 08/2015: 211.636
Lettori Ed. II 2015: 1.327.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

28-OTT-2015
da pag. 59
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

«Alcuni dati dicono che stiamo assistendo a un calo delle demenze, dovuto probabilmente a una migliore qualità di vita e a migliori possibilità di cura di patologie croniche correlate, come il diabete e le malattie vascolari».

Nell'ultimo periodo è anche cambiata l'aria sulle prospettive di terapia per questa malattia, che fino a solo un paio di anni fa aveva fatto registrare un fallimento dopo l'altro: enormi investimenti su potenziali farmaci risultati buchi nell'acqua. «Rispetto al buio assoluto di prima, ci sono alcuni fronti aperti su cui si concentrano le aspettative» dice Gianluigi Forloni, responsabile del dipartimento di neuroscienze dell'Istituto Mario Negri a Milano. A suscitare timidi entusiasmi sono le sperimentazioni in corso di farmaci che hanno dato, per la prima volta, risultati «interessanti». Sotto osservazione ci sono molecole con attività di anticorpi: una sorta di vaccino contro la famigerata placca beta amiloide, i cui accumuli nel cervello si ritiene siano all'origine dell'Alzheimer.

Una di queste molecole si chiama solanezumab, sviluppata dal colosso Ely Lilly. La prima sperimentazione clinica era stata chiusa nel 2012 e il farmaco era stato dichiarato nel complesso inefficace. Tuttavia, un'analisi dei dati (inizialmente non pre-

LA CURA CON GLI ANIMALI
La «pet therapy» aiuta le persone con Alzheimer a ritrovare emozioni e sentimenti. Lo dice uno studio pilota condotto a Napoli, coordinato dalla geriatra Annalisa di Palma e da Francesca Menna, docente dell'Università Federico II.

UNA DIETA MEDITERRANEA, RICCA DI ALIMENTI ANTIOSSIDANTI, AIUTA A MANTENERE «GIOVANE» IL CERVELLO

vista) ha rivelato che i pazienti nelle fasi meno avanzate della malattia avevano avuto un discreto rallentamento del declino mentale. Su questa base è ora in corso un nuovo studio: la teoria è che il farmaco potrebbe funzionare se preso presto, con un effetto non solo sui sintomi ma anche sul decorso della malattia. È quanto il trial oggi in corso sta cercando di verificare. Una risposta più definitiva è attesa per la fine del 2016.

Un secondo motivo di cauto ottimismo viene dai test su un altro anticorpo, l'aducanumab, cui sta lavorando l'azienda Biogen. In questo caso i risultati, anche se preliminari e su un minor numero di pazienti, sarebbero ancora più positivi: oltre alla riduzione dell'accumulo della placca di beta amiloide nel cervello (vista con la Pet), il declino cognitivo è apparso rallentato a distanza di un anno.

Con tutta la prudenza raccomandata dall'esperienza (dal 1998 a oggi sono più di 120 i farmaci che hanno fallito contro l'Alzheimer alla prova dei fatti) si tratta ora di vedere se le aspettative saranno confermate; e ricordando comunque che ci vorranno ancora anni prima che questi farmaci arrivino sul mercato. Un'altra novità è targata made in Italy: nanoparticelle sviluppate da ricercatori dell'Università di Milano-Bicocca, con l'Istituto Mario Negri di Milano, per veicolare nel cervello un farmaco anti beta-amiloide. Sono studi su animali, ma promettenti; tanto che è la stessa università a cercare di accelerare il passaggio dal laboratorio alla pratica clinica brevettando la tecnologia, creando uno spin-off e cercando finanziamenti in Italia e all'estero.

Ammesso che funzionino, queste terapie andrebbero somministrate ai primi segni di demenza, non quanto il declino cognitivo è conclamato. Il problema è fare una diagnosi precoce. Sono state sintetizzate sostanze che, marcate con un tracciante radioattivo, identificano le placche di beta amiloide nel cervello di pazienti senza sintomi. Una di queste, Amyvid, è stata approvata negli Stati Uniti per l'uso clinico e la si sta testando come strumento diagnostico. Infine si cerca di individuare, nel liquido spinale o addirittura nel sangue, «biomarcatori»: molecole che facciano da spia prima che i sintomi della malattia si presentino. E, ancora, che consentano di distinguere l'Alzheimer dalle forme meno frequenti di demenza. La speranza è che i progressi nella diagnosi precoce consentano di curare chi ancora non si è ammalato, prevenendo il declino cognitivo. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

di pa
vata

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 116.082
Diffusione 08/2015: 81.149
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

22-OTT-2015
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

Tumori. La tecnologia italiana a caccia di cellule rare

FIRENZE

Saranno i dipartimenti di oncologia pediatrica – per i tumori e i meccanismi autoimmuni post trapianto – e di Neuroscienze – per le epilessie – a ottenere i benefici maggiori dall'innovativo strumento "Deparray" donato dal Gruppo farmaceutico Menarini all'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze. La nuova tecnologia consente di selezionare in modo automatico e recuperare cellule rare purissime a partire da campioni di vario tipo: sangue, midollo osseo, liquido pleurico, tessuti da biopsia. Le cellule selezionate con la nuova procedura, che sfrutta i principi della dielettroforesi, sono mantenute intatte, vive e capaci di riprodursi, e quindi pronte per successive indagini molecolari di Dna o Rna.

I ricercatori del nosocomio, spiega una nota di Menarini e della controllata Silicon Biosystems che detiene il brevetto di Deparray, potranno ora comprendere «i più segreti meccanismi genetici dei tumori aprendo nuove strade verso terapie sempre più personalizzate per i piccoli pazienti». L'installazione del dispositivo «consentirà di studiare a fondo sia le cellule tumorali circolanti che i tumori solidi pediatrici» e di «migliorare le conoscenze sulla genetica di tumori».

Per il direttore dell'Oncologia pediatrica del Meyer, Claudio Favre, si potranno «isolare anche pochissime cellule tumorali circolanti e purissime» in grado di offrire «informazioni importanti come markers per la valutazione e l'eventuale sviluppo della malattia metastatica». Più che in passato potranno essere indagate «la biologia e l'aggressività del tumore», impostando di conseguenza «un profilo molecolare per ciascun paziente». L'altro filone di ricerca investe il ruolo del sistema immunitario dopo il trapianto attraverso l'analisi delle biopsie intestinali. «L'obiettivo è individuare anche eventuali marcatori biologici – conclude Favre – per predire l'insorgenza e la gravità della disregolazione immunitaria e controllare la malattia».

Dai tumori all'epilessia: estraendo il Dna dalle cellule isolate dai vari tessuti, osserva il direttore delle Neuroscienze della struttura fiorentina, Renzo Guerrini, «studieremo le mutazioni genetiche responsabili del cambiamento delle caratteristiche morfologiche e funzionali dei neuroni alla base dell'epilessia». Ce n'è abbastanza perché il direttore generale del Meyer, Alberto Zanobini, parli di «apertura di una nuova frontiera della ricerca scientifica» grazie a una «tecnologia avanzatissima a livello mondiale». Il numero uno di Menarini, Lucia Aleotti, si coccola una tecnologia che ha trovato posto «in primari centri di ricerca in Europa, Usa e Giappone» e che adesso è «affidata alle mani esperte dei ricercatori del Meyer».

Vito Salinaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 79.257
Diffusione 08/2015: 38.287
Lettori Ed. II 2015: 119.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

22-OTT-2015
da pag. 36
foglio 1
www.datastampa.it

ALLA CAMERA

Responsabilità professionale accelerata

DI PASQUALE QUARANTA

Per le strutture sanitarie pubbliche e private i risarcimenti del quinquennio dovranno essere messi in chiaro. E cambia il valore processuale delle linee guida per i professionisti del settore. Queste alcune delle novità apportate al ddl sulla responsabilità professionale al vaglio della camera. La commissione affari sociali di Montecitorio ha, infatti, approvato più proposte di modifica tra uno presentata da Benedetto Fucci (Fi) che riformula l'art. 4 relativo alla sicurezza nel sistema sanitario italiano. La nuova misura istituisce presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza in sanità che ha il compito di individuare misure idonee per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario, nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale. Il tutto a patto che non ci siano nuovi oneri per la finanza pubblica. L'osservatorio per espletare le sue funzioni si avvalerebbe dell'aiuto dei centri regionali per la gestione del rischio sanitario e avrà il compito di redigere una relazione annuale sull'attività svolta che verrà trasmessa al parlamento. Via libera, poi, al nuovo art. 5 sulla trasparenza dei dati. La disposizione riformulata prevede che le strutture sanitarie pubbliche e private dovranno rendere disponibili mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi al complesso dei risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio. Altre disposizioni riguardano l'art. 6 che disciplina la colpa sanitaria e i suoi profili penali. Le misure approvate nella giornata di ieri mirano ad attenuare la portata prescrittiva delle linee guida, in quanto, in alcuni casi, possono presentare aspetti confliggenti oltre a non corrispondere all'esperienza acquisita dall'operatore sanitario. Il seguito dell'esame del provvedimento dovrebbe proseguire, secondo fonti parlamentari, anche per tutta la prossima settimana nonostante le perplessità di alcune associazioni di categoria che temono un eventuale errore di valutazione da parte della commissione su temi così delicati.

Ictus, scoperto farmaco che limita danni al 50% dopo 6 ore

Studio su modelli animali, 'Mario Negri' Milano e 'NICO' Torino

postato **51 min** fa da ANSA

(ANSA) - MILANO, 20 OTT - E' stato sintetizzato un farmaco che, su animali di laboratorio, ha dimostrato di essere in grado di proteggere il cervello fino a sei ore dopo il verificarsi di un ictus e di ridurne del 50% il danno cerebrale. Ci è arrivato un gruppo di ricercatori italiani diretti da Tiziana Borsello dell'Istituto Mario Negri/Dipartimento di farmacologia dell'Università di Milano in collaborazione col team di ricerca di Alessandro Vercelli, direttore del Neuroscience Institute Cavalieri Ottolenghi (NICO) dell'Università di Torino. Lo studio è stato pubblicato su Cell Death and Disease. Il cervello, come ogni altro organo del corpo - spiegano i ricercatori - necessita di nutrimento e ossigeno per funzionare. Tali sostanze vengono trasportate attraverso i vasi sanguigni e, quando il sangue diretto al cervello è bloccato, si verifica un' ischemia cerebrale, che genera la progressiva morte dei neuroni. Ora, si sa che la proteina denominata MKK7 ha un ruolo importante nel determinare la morte dei neuroni a seguito di un attacco ischemico cerebrale. I ricercatori hanno quindi sintetizzato un inibitore specifico di questa proteina, chiamato GADD45Beta. E su modelli animali hanno visto che, grazie ad esso, il cui effetto protettivo funziona anche sei ore dopo l'infarto cerebrale, il danno può essere ridotto del 50%. "Attualmente non ci sono trattamenti farmacologici approvati per il trattamento dell'ictus ad eccezione dell'Attivatore tissutale del plasminogeno (rT-PA) che ha caratteristiche che ne limitano l'efficacia - commenta Tiziana Borsello - quindi il nuovo composto rappresenta un buon risultato". "Con le dovute verifiche, passando per la sperimentazione clinica - conclude Alessandro Vercelli - questa potrebbe rappresentare una prospettiva nuova in grado di ridurre significativamente i volumi d'infarto cerebrale e di conseguenza anche i deficit, con maggiori possibilità di recupero" per i pazienti.

Codice abbonamento: 097156

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 284.670
Diffusione 08/2015: 211.636
Lettori Ed. II 2015: 1.327.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

28-OTT-2015
da pag. 52
foglio 1 / 5
www.datastampa.it

ALZHEIMER

L'EMERGENZA DEL SECOLO

Per i malati, la demenza senile è una perdita totale di memoria e di identità. Per i loro familiari, è un labirinto senza fine. Dove l'unica via d'uscita è sapere a chi rivolgersi per avere aiuto e che tipo di sostegno chiedere a Comuni e Regioni.

di Maria Pirro

È il prezzo che paghiamo, forse il più caro, per una vita sempre più lunga. Un bambino su tre di quelli nati quest'anno, dicono alcune stime, quando sarà vecchio soffrirà di qualche tipo di demenza. Già oggi, nel mondo, la demenza, di cui l'Alzheimer è la forma più diffusa, riguarda circa 46 milioni di ammalati (che saranno 131 nel 2050).

In Italia gli anziani affetti da demenza sono 1 milione e 241 mila, e 70 mila i nuovi casi l'anno. Secondo i dati, l'incidenza è più che raddoppiata negli ultimi 10 anni. I costi di questa emergenza sanitaria e sociale, che già superano in Italia i 37 miliardi di euro l'anno, con il tempo diventeranno insostenibili. Sia per lo Stato, sia per chi ha un malato in casa.

Il dramma di questa malattia infatti travolge non solo chi ne è colpito, ma anche i familiari. E molto (troppo) dipende da dove si vive. Il Piano nazionale per le demenze ha zero finanziamenti e tante diverse realtà locali: criteri e modelli organizzativi cambiano da una Regione all'altra, con una drammatica disomogeneità nell'offerta di sostegni e servizi. Peraltro, prendersi cura di un anziano non più autosufficiente non è un calvario riservato solo a chi ha un genitore con diagnosi di Alzheimer: il decadimento cognitivo può colpire per altre vie (placche aterosclerotiche nel cervello dovute a ipertensione, colesterolo alto, abuso di alcol...). Poco cambia. Lo smarrimento e le angosce dei familiari sono le stesse: «Ho una madre ottantenne con demenza senile e sono disperata, non so come gestirla» si sfoga Giulia su un forum online. «A mio padre è stata

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 284.670
Diffusione 08/2015: 211.636
Lettori Ed. II 2015: 1.327.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

28-OTT-2015
da pag. 52
foglio 2 / 5
www.datastampa.it

OGGI IN ITALIA SONO 1 MILIONE E 241 MILA LE PERSONE COLPITE DA ALZHEIMER, CON 70 MILA NUOVI CASI DIAGNOSTICATI OGNI ANNO

diagnosticata demenza con sindrome depressiva. Ho passato giorni infernali su internet cercando consigli, aiuti, informazioni» racconta un altro utente. «Qualcuno può aiutarmi?». Ecco, il dramma di malati e famiglie è tutto in questa domanda.

CURARLI A CASA

«Per mia madre, la casa è l'unico punto di orientamento che le resta» racconta Lorenzo Radice, dirigente d'azienda milanese, 44 anni, tornato ad abitare con la mamma nel 2009, un anno dopo la diagnosi di Alzheimer. Lorenzo riceve ogni mese l'assegno di accompagnamento: 508 euro, che l'Inps dà nei casi di malattia dove l'invalidità è del 100 per cento (vi rientra l'Alzheimer avanzato, e altre patologie gravi); l'assegno non dipende dal reddito, ma l'invalidità deve essere certificata dal medico o dal neurologo (vedere riquadro a destra). Poi c'è la badante, che nel caso di Lorenzo costa 1.350 euro lordi al mese (contratto regolare, più vitto e alloggio gratis). E quando la donna non c'è? «Il badante sono io. Dalla Asl ricevo 120 pannoloni al mese, comunque insufficienti. Se non segnalo urgenze, come le piaghe da decubito, non viene un infermiere a verificare con regolarità come procede, e organizzo io, anche a mie spese, i controlli a domicilio».

Gli aiuti provenienti dagli enti locali, cioè Regioni e Comuni (l'indennità di accompagnamento viene invece dallo Stato), sono anch'essi a geografia variabile. E nell'offerta non c'è uniformità. Simone Bracci abita a Bari: a 35 anni non se n'è mai andato di casa perché si è ammalato prima suo padre e poi sua madre. Stessa diagnosi di demenza. «Papà è morto tre anni fa, da allora lei si è aggravata e oggi non parla più e cammina a fatica». Chi lo aiuta? «Lavoro part-time e mi aiuta la mia compagna. Dal Comune ho ottenuto due ore di assistenza domiciliare al giorno». Con l'assegno dell'Inps Bracci paga, solo in parte, due badanti contattate tramite un'associazione di volontariato.

«Nei casi più gravi un solo badante non è sufficiente» osserva Gabriella Salvini Porro, presidente della Federazione Alzheimer. «Ce ne vuole uno per il giorno e uno per la notte. E la spesa oscilla intorno a 2 mila euro al mese». Anche di più, talvolta. «Una presenza 24 ore su 24 può arrivare anche a 2.600-2.800 euro al mese» calcola Tiziano Barone, il direttore dell'ente regionale Veneto Lavoro. Per

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 284.670
Diffusione 08/2015: 211.636
Lettori Ed. II 2015: 1.327.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

28-OTT-2015
da pag. 52
foglio 3 / 5
www.datastampa.it

aiutare le famiglie a trovare badanti affidabili, la Regione Veneto ha creato un sito web (www.euriclea.it) che facilita l'incontro tra domanda e offerta qualificata. «L'iniziativa nella fase di start-up ha portato a stipulare finora 2.300 contratti» dice Barone.

Di fronte ai costi elevati per una badante, altre Regioni si stanno muovendo: dal primo aprile 2015, per esempio, il Friuli Venezia Giulia ha introdotto bonus e rimborsi extra per sostenere la spesa e la permanenza degli anziani non autosufficienti nelle proprie abitazioni. Mentre dal 2007 l'Emilia-Romagna ha costituito un fondo per finanziare i servizi socio-sanitari rivolti alle persone in condizioni di non autosufficienza e a chi che se ne prende cura: in 8 anni le risorse aggiuntive impegnate sono state di 961 milioni. Ma anche in questo caso, ogni Regione decide per conto suo.

I CENTRI CHE LI ACCOLGONO

Pubblicato a gennaio 2015, il Piano nazionale Demenze fornisce le linee guida cui si devono attenere le Regioni per organizzare i servizi dedicati a questa patologia. E proprio in questi giorni, l'Istituto superiore di sanità sta terminando il primo censimento nazionale su tutte le attività collegate alle demenze, dai centri abilitati a fare la diagnosi alle strutture residenziali. «Sarà presentato il 13 novembre e pubblicato sul sito dell'Iss, con indirizzi e recapiti utili per sapere a chi rivolgersi» dice Nicola Vanacore dell'Iss, responsabile del progetto: «Lo studio servirà anche a individuare i punti critici su tutto il territorio».

Questa anagrafe ha censito, in tutta Italia, 2.091 servizi, così divisi: 866 Rsa, ossia Residenze sanitarie assistite per anziani con demenza, tra pubbliche e convenzionate (oltre il 70 per cento), di cui 448 al Nord, 274 al Centro, e 144 al Sud e nelle isole; 587 Centri per il decadimento cognitivo e le demenze (sono le ex U.V.A, Unità valutazione Alzheimer, che hanno cambiato nome); e 638 Centri diurni, che accolgono i malati alla mattina e li riportano la sera.

Particolarmente drammatica appare la situazione al Sud e nelle isole (dove i malati di demenze sono un terzo dei casi totali), specie in quella fase intermedia della malattia dove la badante non basta più, ma le condizioni del malato non sono ancora così gravi da indurre al ricovero. Fondamentali, in questo caso, sarebbero i Centri diurni integrati, ma se al Nord ce ne sono 506, nel Sud e isole sono appena 55.

Chi cerca una Residenza assistita per un parente malato, annaspa spesso nel buio, soprattutto all'inizio: «Dove sono le case di cura, quanto costano, dove trovare quella giusta?». A fornire l'elenco delle strutture sul territorio sono le Asl, che nel loro sito specificano anche posti letto e tempi di attesa. Spesso lunghi (da 90 a 180 giorni, secondo un'indagine Auser).

Per semplificare la ricerca, e dare dettagli sulla qualità dell'assistenza, alcune Regioni fanno qualcosa in più: Stefania Saccardi, assessore al diritto alla salute della Toscana,

Come gestire il malato

PER IL RICOVERO IN UNA RSA

1. A fare richiesta di ricovero in una Rsa (Residenza sanitaria assistita, pubblica o accreditata con il Ssn) può essere lo stesso malato, un suo familiare, un assistente sociale, il medico curante o il tutore (se il malato non ha parenti). La domanda va inoltrata alla Asl o al Comune.
2. L'elenco delle Rsa presenti sul territorio viene fornito dalla Asl di appartenenza (è visibile anche sul sito della Asl, del Comune o della Regione). È indicato il tipo di assistenza, il numero dei posti e la lista di attesa.
3. Prima del ricovero in una Rsa viene effettuato un esame clinico del malato da parte di un'Unità di valutazione geriatrica (della Asl o della struttura scelta), in modo da decidere un «piano assistenziale individuale».

PER OTTENERE L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO

1. L'indennità di accompagnamento, 508 euro, viene data dall'Inps. Non dipende dal reddito ma vale solo per i casi di invalidità totale («inabilità del 100% per affezioni fisiche o psichiche») nei quali rientra la demenza senile.
2. Per fare la richiesta occorre rivolgersi al proprio medico di base e ottenere il certificato medico che attesta il grado di invalidità.
3. Una volta ottenuto il certificato, la domanda all'Inps va fatta accedendo al sito www.inps.it, oppure rivolgendosi alle associazioni di categoria dei disabili (che lo faranno con i loro servizi telematici).
4. L'indennità arriva a casa il mese successivo alla presentazione della richiesta.

PER SAPERE QUALI AIUTI SI POSSONO RICEVERE DALLA REGIONE O DAL COMUNE

Sul portale online delle Regioni (per esempio, Regione Lombardia Asl Milano) si trova:
1. La mappa delle U.v.a, Unità valutative Alzheimer, presenti sul territorio: fanno diagnosi, seguono il malato insieme al medico di base, aiutano nell'ottenere ausili e presidi medici e sanitari.
2. L'elenco delle Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) e dei Centri diurni integrati (i malati vengono prelevati la mattina e riportati a casa la sera).
3. Lo Sportello Badanti e Assistenti familiari.
4. Le informazioni per ottenere l'Adi, Assistenza domiciliare integrata (infermieri/terapisti), e il «voucher socio-sanitario»: contributo economico consistente in «buoni d'acquisto» per comprare prestazioni di assistenza sanitaria.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 284.670
Diffusione 08/2015: 211.636
Lettori Ed. II 2015: 1.327.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

28-OTT-2015
da pag. 52
foglio 4 / 5
www.datastampa.it

ha annunciato la creazione di un portale, sul sito www.valoreinrsa.it, dove sarà consultabile la sezione dedicata all'offerta residenziale.

La richiesta per entrare in una Rsa può essere fatta dal familiare, dall'assistente sociale, dal medico curante. Nelle residenze sanitarie assitenziali una parte della retta, il 50 per cento, è rimborsata alla struttura dal Servizio sanitario regionale (e questo vale per tutte le Regioni); il restante 50 per cento è, o meglio sarebbe, a carico del Comune. Che però, in base a norme regionali o comunali, può chiedere una «compartecipazione» all'assistito. «Quest'ultima clausola fa sì» come spiega una recente Ricerca nazionale dell'Auser «che il Comune intervenga solo nei casi in cui il reddito è inferiore a certe fasce». Di recente, alcune sentenze della Cassazione hanno stabilito che, in casi di particolare gravità, le rette siano a carico interamente del Comune (vedere riquadro a destra).

Domenico Crisarà, medico di famiglia a Padova e rappresentante Fimmg, lancia l'allarme: «Con i nuovi parametri Isee, ossia gli indicatori della situazione economica, e i ridotti contributi sociali da parte degli enti locali, molti non ce la fanno a pagare le rette; e arrivano al punto di vendere la nuda proprietà di casa per coprire queste spese».

Mario Scognamiglio, direttore del dipartimento Fragilità dell'Asl di Napoli, aggiunge: «I nostri assistiti fatica anche a pagare il ticket, fino a 35 euro al giorno, per le attività nel Centro diurno e rinunciano a terapie decisive per rallentare la progressione della malattia».

IL MODELLO BRESCIA

Ma esiste un luogo dove l'offerta di assistenza (nelle strutture o a domicilio) è capillare, qualificata, facilmente accessibile e non a costi proibitivi? Esiste, ed è Brescia. I numeri parlano chiaro: a Brescia e dintorni (in tutta la provincia, nel 2014, sono state censite 15.616 persone con demenza, di cui 7.796 con Alzheimer) sono disponibili 6.564 letti in 84 Rsa, 923 posti nei 54 centri diurni integrati, e 11.200 anziani ogni anno sono inseriti nell'Assistenza domiciliare integrata (Adi). Dal 2011 il Pdta, il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il decadimento cognitivo, è definito nel dettaglio e monitorato per verificare che sia rispettato.

La ragione di questa realtà eccezionale? Una donna, il direttore del dipartimento Assi dell'Asl, Fausta Podavitte, che per 12 anni ha curato la madre con Alzheimer e che a *Panorama* spiega il segreto della ricchezza di informazioni, qui disponibili da anni: «Le prendiamo da tutte le banche dati esistenti, anche dalle schede di dimissioni ospedaliere e da quelle di esenzione ticket, e dai piani terapeutici delle Unità di valutazione Alzheimer. Con i codici fiscali, possiamo rintracciare i malati in qualunque servizio siano, per programmare i servizi».

UN BAMBINO SU TRE, FRA QUELLI NATI NEL 2015, QUANDO SARÀ ANZIANO SOFFRIRÀ DI ALZHEIMER

Non solo: «Abbiamo numerose iniziative rivolte ai medici di famiglia, perché sappiano come agire». Il percorso prevede che, di fronte al dubbio di demenza, il medico di base utilizzi un questionario e determinati esami per velocizzare l'iter degli accertamenti e presentare il paziente alla struttura specialistica scelta. «Entro 30 giorni il centro fissa la prima visita multidisciplinare e pianifica i follow-up successivi» precisa Podavitte. Un'altra novità, sempre a Brescia, è la Rsa aperta: da 41 residenze vengono mandati operatori a casa degli ammalati per aiutarli nell'igiene e provvedere a interventi educativi e psicologici. Il servizio è gratuito: da aprile ad agosto, ne hanno usufruito 440 anziani.

Provare per credere? Spostarsi da una città all'altra e accedere gratuitamente ai servizi non è facile: è possibile solo se (e capita raramente) la Asl o la Regione di residenza

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 284.670
Diffusione 08/2015: 211.636
Lettori Ed. II 2015: 1.327.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

28-OTT-2015
da pag. 52
foglio 5 / 5
www.datastampa.it

autorizzano il trattamento in trasferta, assumendosene l'onere economico.

GLI ESEMPI DA SEGUIRE

Progetti innovativi sono in corso anche altrove, seppure in uno scenario ancora frammentato. Andrea Fabbo, geriatra e direttore del programma Demenze della Ausl di Modena, ha creato una rete tra medici di famiglia, specialisti e operatori dei servizi sociali («L'integrazione è fondamentale», spiega), e a Sassuolo ha reso automatico il rinnovo del piano terapeutico, che avviene senza effettuare la visita di controllo. La sperimentazione funziona così: pochi giorni prima della scadenza, il medico di famiglia scrive al Centro demenze via posta elettronica e i suoi colleghi, dopo aver visionato la cartella clinica, re-inviano il documento firmato e timbrato; così un familiare dell'ammalato ritira il piano terapeutico rinnovato direttamente in ambulatorio.

A Treviso Maurizio Gallucci, responsabile dell'Unità operativa disturbi cognitivi e della memoria, ha rilanciato la riabilitazione cognitiva attraverso passeggiate e letture collettive. «Prima di chiudersi in se stessa, mia madre ha sofferto soprattutto perché il telefono è diventato muto» racconta Radice. «Le amiche hanno smesso di chiamarla e la domenica a messa, quando lei salutava tutti con il timore di non riconoscere qualcuno, si amareggiava perché la guardavano con circospezione».

Il dottore Pietro Schino (figlio del giornalista Ignazio Schino, colpito dalla patologia e morto nel 2008) ha aperto a Bari la Casa Alzheimer Don Tonino Bello: «Cerchiamo di fare fronte alle questioni quotidiane con l'ascolto, l'assistenza legale per le pratiche di invalidità e la nomina gratuita dell'amministratore di sostegno».

Mario Scognamiglio, l'infaticabile medico che cura l'Alzheimer a Napoli e ha personalmente vissuto il calvario a casa con il padre malato, vive circondato da pazienti affetti da demenza, al punto da temere di perdere se stesso nelle stanze della dimenticanza. Lui non è malato, e confida: «Ho scritto a mio figlio perché so per esperienza quanto sia brutto non sentirsi più dire dal papà: "Ti voglio bene". La lettera, che gli ho indirizzato comincia così: figlio mio, ho 60 anni e ho iniziato ad avere disturbi di memoria. Anche solo parlarne mi fa bene». ■

©RIPRODUZIONE RISERVATA

MA CHI PAGA LA RETTA?

Due sentenze della Corte di cassazione dicono che, nei casi gravi, i costi della degenza sono a carico del Comune.

Nei casi di Alzheimer più invalidanti, quando le condizioni del malato richiedono una «stretta correlazione tra prestazioni sanitarie e assistenziali», l'intera retta per il ricovero in una Rsa va pagata dal Comune di appartenenza. Lo ha stabilito una sentenza della Corte di cassazione (numero 4558, 22 marzo 2012) accogliendo il ricorso dei familiari di una donna malata di Alzheimer, che avevano chiesto al Comune il rimborso di quanto versato per la degenza. La Corte ha dato ragione alla famiglia: nei casi più gravi, nulla è dovuto né dal paziente ricoverato in Rsa pubbliche o convenzionate, né dai suoi parenti. Non importa se norme regionali affermano il contrario e chiedono una compartecipazione alla spesa.
Non è l'unica sentenza schierata con le famiglie dei malati. Il Tribunale di Milano, con la sentenza 7020 del 5 giugno 2015, ha ribadito che nulla è dovuto dagli eredi di un malato di demenza per il suo ricovero in una residenza sanitaria assistita. Dopo la morte dell'anziano, il Comune aveva presentato il conto ai fratelli: 125.702 euro (e 53 centesimi) per le rette di degenza mai pagate. Il ricorso è stato accolto perché anche in questo caso, a causa della grave situazione clinica, era impossibile distinguere tra prestazioni assistenziali e sanitarie. Accade, tuttavia, che a figli o nipoti di ricoverati le case di cura chiedano di firmare un documento che li impegna a saldare. «Anche la promessa di pagamento sottoscritta è da ritenersi nulla» risponde l'avvocato Giovanni Franchi, che aggiunge: «Ovunque sia o sia stato ricoverato il malato, a meno che non avesse preferito una casa di cura privata non convenzionata, gli eredi possono chiedere la restituzione di quanto corrisposto negli ultimi 10 anni». E chi è il debitore? «Chi incassato i soldi. Il Comune nel caso di una Rsa comunale o la casa di cura convenzionata».
Tutto questo vale solo per chi non può permettersi di contribuire alla spesa? «Da un punto di vista strettamente giuridico, non c'è differenza tra ricco e povero» dice Franchi che come consulente legale di Confconsumatori segue al momento otto procedimenti che puntano a ottenere la restituzione dei soldi. «La minaccia di Rsa e Comuni è lasciare a casa il malato, ma è un reato e si chiama abbandono di incapace». L'associazione ha scritto a tutti i governatori per chiedere se hanno cambiato le leggi regionali dopo la sentenza della Cassazione. «Ci hanno risposto Lombardia, Emilia, Friuli, Lazio e Sicilia. Solo la Sicilia ha affermato di aver rivisto la normativa, ma restano da verificare i dettagli» dice il vicepresidente di Confconsumatori, Francesca Arnaboldi, che chiede un incontro nazionale sul problema. *(M.P.)*