

quotidianosanita.it

Martedì 11 FEBBRAIO 2014

Istat. Report 2012. Per la sanità pubblica spesi 111 mld. Ma restiamo in coda ai principali partner europei. E le famiglie spendono di tasca propria fino a 1.200 euro l'anno

Il Ssn spende 1.867 euro annui per abitante, un livello molto inferiore rispetto ad altri Paesi europei. La spesa privata ammonta al 20,6% del totale e assorbe l'1,8% del Pil. Spendono di più le famiglie del Centro Nord (1.222 euro l'anno), meno quelle del Sud (949 euro l'anno). Tumori e malattie circolatorie si confermano le principali cause di ricovero ospedaliero. E' quanto emerge dall'indagine "Noi Italia" dell'Istat.

Giunto alla sesta edizione, il rapporto "Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo", realizzato dall'Istat, offre un quadro d'insieme dei diversi aspetti economici, sociali, demografici e ambientali del nostro Paese, della sua collocazione nel contesto europeo e delle differenze regionali che lo caratterizzano. Il prodotto arricchisce la produzione dell'Istat attraverso la proposta di 120 indicatori, raccolti in 19 settori, che spaziano dall'economia alla cultura, al mercato del lavoro, alle condizioni economiche delle famiglie, alle infrastrutture, alla finanza pubblica, all'ambiente, alle tecnologie e all'innovazione.

Nel 2012 la spesa sanitaria pubblica è di circa 111 miliardi di euro, pari al 7 per cento del Pil e a 1.867 euro annui per abitante, un livello molto inferiore rispetto ad altri importanti paesi europei. Nel 2011 le famiglie contribuiscono con proprie risorse alla spesa sanitaria complessiva per una quota pari al 20,6 per cento (oltre 2 punti percentuali in meno rispetto al 2001). La spesa sanitaria delle famiglie rappresenta l'1,8 per cento del Pil nazionale; ammonta mediamente a 949 euro per le famiglie del Mezzogiorno e a 1.222 euro per quelle del Centro-Nord.

Nel 2011 le regioni sono state interessate da circa 588 mila ricoveri ospedalieri di pazienti non residenti (8,4 per cento dei ricoveri ordinari per "acuti") e da oltre 523 mila ricoveri di pazienti provenienti da una regione diversa da quella di residenza (7,6 per cento, riferito ai soli residenti in Italia). Gli indici di mobilità più alti, superiori al 20 per cento, si riscontrano nelle regioni più piccole (Basilicata, Valle d'Aosta e Molise).

I tumori e le malattie circolatorie si confermano le principali cause di ricovero ospedaliero, con differenze poco significative a livello regionale.

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di morte in quasi tutti i paesi dell'Ue. In Italia, il tasso standardizzato di mortalità per questa causa è pari a 30,4 decessi ogni diecimila abitanti, quello relativo ai tumori è pari a 25,9, con valori maggiori negli uomini (35,5) rispetto alle donne (19,3). I tumori sono la seconda causa di morte sia in Italia sia nel gruppo dei 27 paesi Ue. In Italia, il tasso di mortalità infantile nel 2010 è di 3,3 decessi per mille nati vivi. Negli ultimi dieci anni il valore di questo indicatore ha continuato a diminuire su quasi tutto il territorio italiano, raggiungendo valori tra i più bassi in Europa.

Nel 2012 i fumatori sono il 21,9 per cento della popolazione over 14, i consumatori di alcol a rischio il

14,1 per cento. Risulta invece obesa una persona di 18 anni e più su 10 (10,4 per cento).

Vediamo ora nel dettaglio le varie voci riguardanti il capitolo sanità.

Spesa sanitaria pubblica

La spesa sanitaria pubblica misura quanto viene destinato per soddisfare il bisogno di salute dei cittadini in termini di prestazioni sanitarie. La spesa sanitaria pubblica corrente dell'Italia risulta nel 2012 (dato provvisorio) di circa 111 miliardi di euro, pari al 7,0 per cento del Pil e a 1.867 euro annui per abitante.

Spesa sanitaria delle famiglie

Nell'area europea il finanziamento pubblico dei servizi sanitari rappresenta la scelta prevalente. Nel 2011, le famiglie italiane hanno contribuito con proprie risorse alla spesa sanitaria complessiva per una quota pari al 20,6 per cento, in calo di oltre due punti percentuali rispetto al 2001. La spesa sanitaria delle famiglie rappresenta l'1,8 per cento del Pil nazionale.

Offerta ospedaliera

Il settore della sanità in Italia si colloca in un contesto nazionale ed internazionale di crisi economico-finanziaria tale da dover proseguire al ridimensionamento delle risorse a disposizione per l'erogazione dei servizi. Per il 2014 è stata pianificata un'ulteriore consistente riduzione del livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (1 miliardo di euro a decorrere dall'anno 2014, ex legge n. 228/2012), che si inserisce in un contesto problematico rispetto al controllo della spesa pubblica, e del numero dei posti letto ospedalieri che a regime dovrebbe attestarsi a 3,7 posti letto ogni mille abitanti (di cui lo 0,7 riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza, ex legge 135/2012). A queste riduzioni si aggiunge la revisione dello standard di riferimento pro capite per l'attività di ricovero ospedaliero, passato da 180 a 160 ricoveri ogni mille abitanti (di cui il 25 per cento fa riferimento ai ricoveri diurni). Gli indicatori di offerta ospedaliera, in questi ultimi anni, hanno presentato una forte tendenza alla riduzione tanto che sono stati presi diversi provvedimenti, di carattere nazionale e regionale, finalizzati a promuovere lo sviluppo di un modello di rete ospedaliera integrato con l'assistenza territoriale. Tale riorganizzazione continuerà ad essere richiesta alle regioni nei prossimi anni, soprattutto se presentano un'offerta di posti letto inferiore allo standard consentito dalla normativa (4,5 posti letto per mille abitanti, che scendono a 3,7 con la normativa del 2012).

Mobilità ospedaliera

Il fenomeno della mobilità ospedaliera interregionale è particolarmente rilevante sia in termini quantitativi, sia perché riguarda quei pazienti che, per motivi di varia natura, si ricoverano in una regione diversa da quella di residenza. Nel complesso, le regioni sono interessate da circa 588 mila ricoveri ospedalieri (o dimissioni) di pazienti non residenti (8,4 per cento del totale dei ricoveri ordinari per "acuti" nel 2011) e da oltre 523 mila ricoveri effettuati dai pazienti in una regione diversa da quella di residenza (7,6 per cento, riferito ai soli residenti in Italia). Le motivazioni che conducono ad effettuare il ricovero lontano dalla propria residenza sono diverse. In alcuni casi la mobilità si giustifica con la vicinanza geografica con strutture di altre regioni, oppure dipende dalla presenza dell'assistito in altre regioni per motivi di studio o lavoro. In altri casi le motivazioni sono legate alle condizioni di salute e quindi alla necessità di usufruire di prestazioni di alta specializzazione non erogate dalla propria regione o alla maggiore fiducia nei servizi ospedalieri di altre regioni. I principali poli di attrazione sono concentrati nelle regioni del Centro-Nord.

Ospedalizzazione per tumori e malattie del sistema circolatorio

L'ospedalizzazione è di fondamentale rilevanza nella cura della salute, in quanto preposta al trattamento delle malattie gravi; questa tipologia di assistenza assorbe la quota più consistente della spesa sanitaria pubblica totale. I tumori e le malattie del sistema circolatorio sono le patologie per cui è più frequente il ricorso all'ospedale e anche quelle per cui è più elevata la mortalità. I ricoveri in regime ordinario (con pernottamento) per queste diagnosi sono diminuiti nel tempo. Tale diminuzione è stata più rilevante per le malattie del sistema circolatorio (-21,5 per cento tra 1999 e 2011) che per i tumori (-16,3 per cento). Ciò dipende dalla tendenza a trattare queste patologie in contesti assistenziali diversi (day hospital o ambulatori), oltre che da un possibile miglioramento del quadro nosologico. Nel 2011, in Italia si sono registrate 1.214 dimissioni ogni 100 mila residenti per i tumori e

2.144 per le malattie del sistema circolatorio.

Mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile, vista la correlazione negativa che lo lega alle condizioni sanitarie, ambientali e socio-economiche, si può interpretare come espressione del livello di sviluppo e di benessere di un paese. A partire dal 2000 il valore di questo indicatore ha continuato a diminuire su tutto il territorio italiano, raggiungendo valori tra i più bassi in Europa, anche se negli anni più recenti si assiste ad un rallentamento di questo trend. Permangono, inoltre, differenze territoriali che vedono il Mezzogiorno penalizzato. Nel 2010, il tasso di mortalità infantile è di 3,3 decessi per mille nati vivi, valore di poco inferiore a quello osservato nel 2009 (3,4).

Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Le malattie del sistema circolatorio, tipiche delle età adulte e senili, rappresentano la principale causa di morte in Italia e nel gruppo dei 27 paesi dell'Ue. Negli ultimi anni, la mortalità per queste malattie è in diminuzione in tutti i paesi europei. In Italia, dove il livello di mortalità è tra i più bassi d'Europa, i tassi sono diminuiti in modo diffuso su tutto il territorio raggiungendo nel 2010 il valore di 30,4 decessi ogni diecimila abitanti rispetto al 31,9 osservato nel 2009. Gli uomini, con un tasso di 37,3 decessi per diecimila abitanti, risultano svantaggiati rispetto alle donne (25,6).

Mortalità per tumori

I tumori rappresentano la seconda causa di morte subito dopo le malattie del sistema cardiocircolatorio, sia in Italia, sia nel gruppo dei 27 paesi Ue. La diminuzione della mortalità per tumore è legata al successo di misure di prevenzione primaria, che influiscono sulla riduzione del rischio di sviluppare la malattia, così come agli avanzamenti diagnostici e terapeutici che aumentano la sopravvivenza dei malati. Nel 2010 il tasso standardizzato di mortalità per tumori in Italia è pari a 25,9 decessi ogni diecimila abitanti, in leggero calo rispetto al valore di 26,3 del 2009. I livelli di mortalità per tumori sono maggiori negli uomini (35,5) rispetto alle donne (19,3) sebbene la mortalità degli uomini stia diminuendo nel tempo più rapidamente di quella delle donne.

Fumo, alcol e obesità: i fattori di rischio

Molte delle malattie croniche, tra le principali cause di morte, si possono prevenire adottando stili di vita salutari fin dall'età giovanile. Il programma "Guadagnare salute" della Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) è stato adottato anche in Italia dal 2007. Esso sostiene gli interventi dei vari settori economici, sanitari e di comunicazione, atti a contrastare la diffusione dei principali fattori di rischio, quali fumo, alcol, stili alimentari non salutari e sedentarietà, questi ultimi strettamente connessi all'obesità. In Italia, nel 2012, con riferimento alla popolazione di 14 anni e più, i fumatori rappresentano il 21,9 per cento, i consumatori di alcol a rischio il 14,1 per cento, mentre la prevalenza delle persone obese ammonta al 10,4 per cento della popolazione adulta di 18 anni e più.

[Per saperne di più](#)

LA PILLOLA DEL GIORNO DOPO E' UN CONTRACCETTIVO

La pillola a base di levonorgestrel (la cosiddetta pillola del giorno dopo) non è un abortivo ma un contraccettivo. Ad annunciarlo è la Gazzetta Ufficiale che in questo modo recepisce la revisione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) sulla scheda tecnica del contraccettivo demergenza. Il foglietto illustrativo del farmaco infatti verrà modificato con la dicitura inibisce o ritarda l'ovulazione a sostituzione di il farmaco potrebbe anche impedire l'impianto.

La correzione apportata dall'Aifa allinea il nostro Paese al resto del mondo sottolinea Annibale Volpe, past President della Società Italiana della Contraccezione (Sic), già nel 2010 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), sulla base di numerosi studi clinici, aveva espresso la propria posizione in materia: la pillola del giorno dopo non interferisce in alcun modo su unipotetica gravidanza già in atto...Al di là delle dovute informazioni pratiche relative alle funzioni del farmaco prescritto, ci appelliamo ai ginecologi affinché sfruttino la richiesta della pillola del giorno dopo per dialogare con la donna e il suo partner. E, dunque, evidenzino l'importanza di una corretta contraccezione stabile.

La correzione annunciata in Gazzetta equipara ora levonorgestrel all'ulipistral acetato, più comunemente noto come pillola dei cinque giorni dopo, cui già nel 2011 la comunità scientifica ha riconosciuto lo status di contraccettivo.

Credits immagine: Shemer/Flickr

Medicina. Il Cun conferma: dal 2001 a oggi i posti si sono ridotti di oltre 2mila unità

Persi 1.700 «specializzandi»

ROMA

Non si ferma l'emorragia di specializzandi in medicina. Secondo le elaborazioni del Consiglio universitario nazionale (Cun) dal 2001 a oggi i posti di specializzazione si sono ridotti di oltre 2mila unità. Di cui 1.700 negli ultimi 4 anni.

La conferma è giunta ieri dal presidente del Cun, Andrea Lenzi, nel corso dell'appuntamento annuale organizzato al Senato dalla Fondazione Lilly nell'ambito del progetto "La Ricerca in Italia: un'Idea per il Fu-

turo": «Negli ultimi 4 anni - ha dichiarato - abbiamo perso 1.700 posti destinati alle scuole di specializzazione. I posti sono circa la metà di quelli necessari. Siamo in controtendenza - ha aggiunto Lenzi - rispetto al resto dell'Europa e del mondo che richiede specializzazione e cultura per la scienza. Rischiamo di laureare ottimi professionisti ma perdere tutti i potenziali scienziati e innovatori». Più nel dettaglio, nel 2001 c'erano 7.294 immatricolati a medicina, 6.355 laureati e 5.329 specializzandi. Nel 2010 questi ultimi si

erano ridotti a 5.000, a fronte di 6.709 laureati e 9.527 immatricolati. La discesa si è fatta più ripida nell'ultimo biennio. Nel 2013 i contratti per gli specializzandi sono stati 4.500 contro 10mila immatricolati e 6.700 laureati. Fino ad arrivare ai 3.300 posti del 2014 rispetto ai circa 7.000 laureati.

Passando alla Fondazione Lilly, si è svolta ieri a Palazzo madama la premiazione di Alberto Ranieri da Caterina che riceverà 210 mila euro nei prossimi tre anni, per studiare gli effetti del braccialetto salvacuore: il

semplice gonfiaggio e sgonfiaggio di un braccialetto della pressione a un arto, prima e dopo la riapertura della coronaria responsabile dell'infarto, potrebbe ridurre il danno finale subito dai tessuti del cuore. Le stime sono di una potenziale riduzione media del danno da infarto pari al 20-30 per cento. Durante l'evento, la Fondazione ha infine annunciato che il prossimo bando sarà su "Nuove strategie terapeutiche e qualità della vita nelle malattie reumatiche".

Eu. B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA PREMIAZIONE

La borsa di studio annuale della Fondazione Lilly è stata assegnata al progetto di ricerca sul braccialetto «salvacuore»



UNIVERSITA': 1.700 POSTI SPECIALIZZAZIONE MEDICINA PERSI IN ULTIMI 4 ANNI

Roma, 11 feb. (Adnkronos Salute) - In Italia negli ultimi 4 anni si sono persi 1.700 posti destinati alle scuole di specializzazione medica. E i posti sono oggi circa la metà di quelli necessari. E' quanto emerso in occasione dell'appuntamento annuale promosso dalla Fondazione Lilly per il progetto 'La Ricerca in Italia: un'idea per il futuro'.

I posti per specializzarsi nei vari ambiti della medicina "erano 5.000 nel 2010, su 6.700 laureati in Medicina nello stesso anno. Nel 2013 i posti sono stati ridotti a 4.500. Quest'anno sono previsti, a oggi, 3.300 contratti di specializzazione a fronte di circa 7000 laureati - ha dichiarato Andrea Lenzi, presidente del Consiglio universitario nazionale - Siamo in controtendenza rispetto al resto dell'Europa e del mondo che richiede specializzazione e cultura per la scienza. Rischiamo di laureare ottimi professionisti ma perdere tutti i potenziali scienziati e innovatori".

Stamattina la Fondazione premia un giovane ricercatore, Alberto Ranieri da Caterina, che riceverà 210 mila euro nei prossimi 3 anni per studiare gli effetti di un braccialetto 'salvacuore': il semplice gonfiaggio e sgonfiaggio di un bracciale della pressione ad un arto, prima e dopo la riapertura della coronaria responsabile dell'infarto, potrebbe ridurre il danno finale subito dai tessuti del cuore fino al 30%. Durante l'evento la Fondazione Lilly ha poi annunciato l'ambito del nuovo bando: 'Nuove strategie terapeutiche e qualità della vita nelle malattie reumatiche'.

Noi, sempre più in bilico tra disagio e malattia

Cambia l'approccio: la psiche ha bisogno di attenzione in ogni età della vita

STEFANO RIZZATO

Un'umanità che vive più a lungo ed è più stressata, che subisce stimoli contraddittori, crisi materiali e spirituali, climi e tecnologie che cambiano rapidamente. Eccola, la sfida, ciò che sta spingendo anche la psichiatria a cambiare, ad allontanarsi dagli schemi tradizionali, a provare a stare al passo della società liquida.

«C'è una strada obbligata: ridare unità alle nostre ricerche e competenze, trovare una visione d'insieme, essere aperti a interventi e approcci meno convenzionali». La proposta viene da **Filippo Bogetto**, docente dell'Università di Torino e presidente della Sopsi, la Società italiana di psicopatologia che proprio oggi - e fino a sabato - si riunisce a Torino per il 18° congresso.

«L'incidenza delle psicosi "classiche", dalla schizofrenia al disturbo bipolare, in realtà non sta aumentando - dice Bogetto -. Però si sta allargando la sfera dei cosiddetti disturbi "sottosoglia", condizioni a metà strada tra malattia e normale disagio, che si manifestano in modo incompleto e pongono una grande sfida sia a livello di diagnosi sia di cura». È una metamorfosi che riguarda soprattutto la depressione, il male oscuro che colpisce 350 milioni di persone nel mondo e che - secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità - entro il 2020 è destinata a diventare la seconda malattia più diffusa, dopo le patologie cardiovascolari.

Più della metà della patologie mentali - spiega l'Oms - emerge all'età di 14 anni. Ed è proprio questo dato che, secondo Bogetto, deve innescare un grande cambiamento:

«Bisogna abbattere le barriere tra la psicopatologia infantile, tradizionale e geriatrica. Sono mondi che finora hanno lavorato a compartimenti stagni, ma ormai è dimostrato quanto sia fondamentale curare un disturbo per tempo: abbiamo il dovere di arrestare un processo prima che degeneri verso la malattia».

Intitolato «La psicopatologia e le età della vita», il congresso della Sopsi prova così a promuovere un approccio diverso: non solo curare un disturbo così com'è, nel momento e nei modi in cui si manifesta, ma osservarne l'evoluzione attraverso gli anni. «È la direzione indicata da tanti studi recenti, anche a livello internazionale - prosegue lo studioso -. Vale per la depressione, ma anche per malattie più gravi come la schizofrenia. Che passa da una fase pre-morbosa nell'infanzia, con disturbi cognitivi o deficit di socialità e relazione, si manifesta con sintomi lievi ed episodici nell'adolescenza e poi sfocia nella fase psicotica vera e propria. È chiaro: interrompere questo processo è importante e per farlo si deve agire presto».

Nel nuovo approccio non mancano i rischi. Prima di tutto quello di esagerare con le diagnosi precoci e interferire in modo sbagliato nella crescita di un bambino. «Su quest'aspetto si discute molto -

rarli, come si faceva una volta. L'equilibrio può essere questo: sfruttare le nuove conoscenze sul decorso e sui vari stadi di un disturbo per capire se il ragazzo è a rischio. E poi decidere l'intervento caso per caso».

La rottura rispetto all'approccio tradizionale è particolarmente indicata proprio per gli adolescenti, soprattutto quando a complicare il quadro ci sono l'abuso di alcool o di altre sostanze. «In gran parte dei casi - spiega il professore - ci si trova davanti a personalità irrequiete, con le quali bisogna costruire un'alleanza profonda. Un impegno che deve coinvolgere anche insegnanti, psicologi, allenatori e così via. Anche l'uso di farmaci non dev'essere un tabù: se ne parla troppo spesso come di veleni inutili, ma sotto lo stretto controllo di uno specialista - e non certo come rimedio fai-da-te per ansie passeggere - possono essere un rimedio efficace».

Il principio vale anche all'altro estremo, gli anziani. Anche a loro la psichiatria ha iniziato a dedicare una nuova attenzione, rifiutando l'idea che vecchiaia e infelicità debbano essere sinonimi. «Il fatto che si viva più a lungo - conclude Bogetto - spesso significa sopportare per più tempo il disagio di una malattia. Ma i problemi psichici si possono curare anche in età avanzata e, per fortuna, oggi anche questo è meno tabù di un tempo».

Filippo Bogetto Psichiatra

RUOLO: È PROFESSORE DI PSICHIATRIA ALL'UNIVERSITÀ DI TORINO E PRESIDENTE DELLA SOPSI, LA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOPATOLOGIA

ammette Bogetto -. Di certo è sbagliato etichettare troppo presto un bambino o un adolescente. Ma lo è anche «far sfogare i suoi sintomi senza cu-



La scoperta

Gli 80 geni che «fanno» la prostata

■ Scoperto il processo di sviluppo della ghiandola prostatica: l'annuncio è di un team di scienziati dell'Università di York, in Gran Bretagna. La ricerca, descritta sulla rivista «Stem Cell Reports», è particolarmente importante, perché potrebbe aprire la strada all'ideazione di nuove e più efficaci terapie per il trattamento del cancro alla prostata. L'indagine ha identificato un «percorso di segnalazione», vale a dire un set di segnali che indicano alle proteine interne alle cellule staminali come evolvere in cellule del tessuto prostatico, chiamate cellule basali e cellule luminali. Nel processo sono coinvolti 80 geni e i principali responsabili dell'attivazione e della regolazione di questo sistema sono l'acido retinoico - sostanza a base di vitamina A - oltre agli ormoni sessuali maschili. L'equilibrio tra il primo e i secondi viene distrutto dal tumore, che fa aumentare in modo anomalo le cellule simili alle luminali.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Dalla pelle cellule per l'insulina

Ke
Li
Biologa

RUOLO: È POST-DOCTORAL SCHOLAR
ALLA CALIFORNIA
UNIVERSITY AT SAN FRANCISCO
(USA)

IL SITO DEL «DIABETES CENTER»:
WWW.DIABETES.UCSF.EDU/

VALENTINA ARCOVIO

Il diabete di tipo 1 non ha ancora una cura vera e propria: oggi i pazienti dipendono dalle iniezioni di insulina. Ma, grazie alla medicina rigenerativa, potrebbe essere vicino il momento in cui sarà possibile ripristinare le «cellule beta» del pancreas, distrutte dalla malattia e necessarie per la produzione di insulina. Ne sono convinti sono i ricercatori dell'Università di San Francisco, che sono riusciti nell'intento, per ora in un modello animale, con una ricerca su «Cell Stem Cell».

I tentativi precedenti di ottenere quantità sufficienti di cellule beta sono sempre naufragati, sia perché sono delicate e sia perché non sono capaci di rigenerarsi. I ricercatori, allora, si sono affidati alla «riprogrammazione cellulare»: hanno preso dei «fibroblasti», cellule specializzate della pelle, e li hanno trattati con un cocktail di sostanze per farle regredire a endodermiche, cellule tipiche degli embrioni con la capacità di differenziarsi in diversi organi. Per «indirizzarle» verso l'obiettivo è stato usato un diverso insieme di fattori di crescita, che ha fatto sì che diventassero cellule di pancreas «primordiali». Una volta impiantate nei topi diabetici, le cellule sono maturate in cellule beta, ripristinando la funzionalità del pancreas dopo

otto settimane.

«Già una settimana dopo il glucosio nel sangue delle cavie ha iniziato a diminuire - spiega Ke Li, l'autore principale - e, quando abbiamo rimosso il

tessuto trapiantato, è salito repentinamente, segno che erano le nostre cellule a ridurre l'iperglicemia».

Il passaggio all'uomo richiederà

ancora alcuni anni, secondo gli autori, ma lo studio avrà una ricaduta immediata. «La tecnica, infatti, permetterà di capire meglio come funzionano le cellule beta - spiega Matthias Hebrok, un altro degli autori - e cosa succede loro nei pazienti con il diabete». Gli sforzi per superare le iniezioni di insulina, nel frattempo, si concentreranno su rimedi apparentemente più semplici. Il primo sarà la produzione di una pillola per far arrivare l'ormone nel sangue senza essere «digerito» dallo stomaco.



L'irrazionalità è come un virus ma un vaccino ci salverà

Boom di paure e teorie del complotto: si può rimediare con la politica "smart"



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

ANDREA BALLABENI
BENTLEY UNIVERSITY - USA

Nel mondo sono migliaia gli uomini e le donne che ogni anno muoiono a causa di credenze irrazionali che inducono molti a non seguire le migliori prassi di prevenzione. La ritrosia verso la pratica vaccinatoria ha alla base motivi diversi. Vediamo i principali.

Se è vero che la paura per il rischio di autismo nasce da un vero studio scientifico, pubblicato negli Anni 90 e poi ritratto dalla letteratura per acclarati errori (una massa enorme di studi scientifici indica invece la mancanza di ogni associazione tra vaccinazioni ed autismo), altre credenze nascono da indagini giornalistiche che, non essendo in genere condotte da persone specializzate, presentano quasi sempre serie

lacune metodologiche. Occorre, infatti, padroneggiare bene alcune aree del sapere, come l'epidemiologia, per poter condurre in modo rigoroso questo tipo di studi.

Un errore che i non esperti spesso commettono è quello di non usare gruppi di controllo. Può succedere, ad esempio, che in un'indagine giornalistica si conti il numero di morti in un gruppo di persone sottoposte a vaccinazione, ma non si analizzi (o non lo si faccia in modo rigoroso) un gruppo simile di persone non sottoposte a vaccinazione.

Altro problema è che i non addetti ai lavori, spesso, non capiscono appieno la differenza tra correlazione e causalità, nonché il concetto di «confounding factors», variabili che influenzano («confondono») l'interpretazione dei dati. Per fare un esempio non legato alle vaccinazioni, se la

popolazione attorno ad un ripetitore ha una incidenza maggior di tumori, non è detto che questa sia dovuta al ripetitore. Potrebbe anche essere che quella popolazione è più anziana o più povera o semplicemente che esiste un altro inquinante nella stessa zona.

I non esperti in materie scientifiche hanno poi scarsa dimestichezza con le analisi di tipo quantitativo. Si prendano ad esempio le polemiche su sostanze come thimerosal o squalene, presenti in alcuni vaccini. Molti non comprendono che la pericolosità di qualsiasi sostanza dipende dalla sua dose: tutto in grandi quantità è pericoloso (pure l'acqua), tutto in piccole quantità può essere innocuo (si veda la tossina botulinica usata per abbellirci).

Un altro errore commesso spesso da chi non ha studiato alcune discipline è la differenza tra ex-ante ed ex-post. In occasione della pandemia influenzale del 2009 molti riten-



nero che la campagna pubblicitaria per la vaccinazione fosse stata esagerata. La prova, secondo loro, stava nel fatto che a fine stagione non si verificò nulla di apocalittico. Ma l'errore sta nel fatto che queste persone analizzano in modo ex-post qualcosa che dovrebbe, invece, essere analizzato con una mentalità ex-ante. All'inizio di ogni stagione gli esperti non sanno infatti quanto grave sarà l'influenza in arrivo né quanto efficace sarà il nuovo vaccino. Chi ha il delicato onere di decidere la politica sanitaria deve stimare tutti gli scenari e basare su queste stime l'analisi rischi-benefici.

Altro concetto poco chiaro ai non addetti ai lavori è quello di «herd immunity», per il quale più persone si vaccinano e meglio è per la popolazione generale, comprese le persone che, per scelta sbagliata o per impossibilità, non sono vaccinate. La propria vaccinazione non serve, quindi, solo a se stessi, ma anche ad altre persone, in particolare quelle più a rischio come gli anziani. Non viene inoltre spesso compreso che un vaccino può avere un beneficio minimo sul rischio individuale (si pensi ad esempio al vaccino anti-influenzale), ma può su larga scala salvare migliaia di vite umane, nonché scongiurare un numero ancora maggiore di infermità temporanee e limitare la perdita di ore di lavoro.

Esiste, infine, la solita atavica paura verso quello che non conosciamo, unita al fascino irresistibile per le trame oscure. Le case farmaceutiche hanno certamente i loro interessi e qualche volta riescono davvero ad influenzare qualche accademico o qualche politico. Ma basterebbe conoscere come avvengono i processi di ricerca e decisione che portano alle politiche di vaccinazione - processi portati avanti da gruppi di studio e lavoro in cui la maggior parte delle persone non ha conflitti di interesse finanziari - per rendersi conto che la realtà è molto più complessa delle semplificazioni naïve cercate dagli amanti dei complotti.

Per adottare le migliori politiche sanitarie, al fine di salvare vite umane e risparmiare denaro pubblico, e per promuovere una corretta ed articolata informazione scientifi-

ca, occorrerà che sia il mondo politico sia quello giornalistico acquisiscano piena consapevolezza del fatto che su certe questioni la parola vada veramente data agli esperti. Allo stesso tempo è del tutto ovvio che anche gli scienziati dovranno imparare a comunicare meglio con politica e media. In particolare sarà cruciale promuovere sempre più gruppi di lavoro interprofessionali, in cui le diverse «expertise» siano rappresentate in modo bilanciato. Il processo legislativo dovrà diventare sempre più basato sulle evidenze, in poche parole dovrà essere «science based».

6 - continua



Andrea Ballabeni Oncologo

RUOLO: È PROFESSORE DI BIOLOGIA UMANA ALLA BENTLEY UNIVERSITY E RICERCATORE IN «HEALTH POLICY» ALLA HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH (USA)

Credere o non credere?

Il nostro cervello
è più manipolabile
di quanto pensiamo

Al prossimo Cosmofarma il nuovo ruolo del farmacista capace di affrontare diverse tematiche legate alla sessualità

C'è il tutor di coppia in farmacia



Non solo medicine: dietro il bancone c'è chi sa ascoltare

LA PREVENZIONE

Confrontarsi con il partner, chiedere aiuto, manifestare le proprie emozioni, per assaporare una vita di relazione piena e una sessualità ricca. Spesso però piccoli e grandi problemi sono affrontati dagli uomini in solitudine, talvolta con il confronto tra amici e molto raramente rivolgendosi ai medici.

In realtà però gli unici che possono trovare una soluzione alle domande e alle patologie sono proprio gli specialisti e per trovar il modo di spronare gli uomini a parlare si cercano nuove strade. Una di queste è la "Farmacia per la coppia", uno dei temi chiave del prossimo Cosmofarma, l'appuntamento più importante per i farmacisti italiani, che si terrà a Bologna dal 9 all'11 maggio. Sarà uno degli approfondimenti che saranno trattati durante la manifestazione ("Gli integratori alimentari", "l'Oral care", "Terza età") per dare un nuovo volto alla farmacia. «È il pun-

to di incontro, unico in Italia, per grossisti, distributori, buyer da diversi Paesi - spiega Dino Tavazzi consigliere delegato di Sogecos la società di BolognaFiere che organizza Cosmofarma - una piattaforma nella quale convergono tutti i farmacisti italiani»

Durante l'incontro saranno affrontate problematiche legate soprattutto alla prevenzione: eiaculazione precoce, disfunzione erettile, anorgasmia, vaginismo e calo del desiderio. Problemi che riguardano 16 milioni di persone, equamente divisi tra maschi e femmine, causando quasi 20mila matrimoni 'bianchi' e il 20% delle separazioni.

I PROBLEMI

In Italia un uomo su quattro è affetto da eiaculazione precoce, quasi tre milioni soffrono di disfunzione erettile e una donna su due ha una qualche forma di disturbo legato alla sfera sessuale. Almeno un giovane tra 18 e 30 anni ogni 20 è stato affetto da disfunzione erettile. Solo il 2% dei ragazzi va dall'andrologo, quan-

do invece uno su tre ha qualche problema che avrebbe bisogno dello specialista e che a lungo andare può portare all'infertilità. Inoltre solo il 52% chi si soffre di impotenza ne ha parlato con il medico, e ben il 70% che l'ha fatto non ne segue le prescrizioni e non si cura. Tra le donne il solo vaginismo interessa circa un milione di persone mentre la dispareunia, cioè il dolore genitale durante la penetrazione, può colpire fino al 12% in pre-menopausa e fino al 30% in post menopausa. Eppure ormai esistono le basi per una sessuologia legata alle evidenze scientifiche, capace di riconoscere gli aspetti medici delle disfunzioni sessuali e di curarle.

A Cosmofarma verrà fatto il punto anche sul ruolo del farmacista verso la coppia, sia come "counselor" per le problematiche che impediscono una sessualità felice, il corretto utilizzo dei farmaci ed i rischi del "fai da te"; sia come "facilitatore" sulla sensibilizzazione per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili (mst).

Antonio Caperna

2%

dei ragazzi o giovani uomini vanno dall'andrologo. Una bassa percentuale visto che uno su tre avrebbe invece bisogno di una visita specialistica

70%

degli uomini che non prende alcun medicinale pur soffrendo di impotenza e pur essendo andato dal medico per farsi curare

30%

delle donne viene colpito da dispareunia, cioè dolore durante la penetrazione, nel periodo della post menopausa

ALL'APPUNTAMENTO DI BOLOGNA SI CONFRONTERANNO SPECIALISTI SULLE PIU' DIFFUSE DISFUNZIONI

CAPOSTIPITE È STATA LA CURA DELLA LEUCEMIA

Tumori, terapie più dolci (ma efficaci)

*Si studiano alternative per polmone, colon e melanoma.
Grazie ai farmaci intelligenti e a un approccio nuovo*

NOTIZIE CORRELATE

È una storia che ha radici antiche e ben consolidate in Italia quella della ricerca di cure meno aggressive anche per malattie gravi come i tumori. In fondo nasce proprio nel nostro Paese alla fine degli anni '60 l'approccio meno aggressivo al tumore mammario. Tuttavia è negli ultimi anni che sono stati fatti i passi avanti più importanti: grazie soprattutto alla individuazione di alcuni dei meccanismi biologici coinvolti nella crescita dei tumori è stato possibile produrre farmaci in grado di rallentarne la progressione e in alcuni casi addirittura di curare o almeno di trasformare malattie che si consideravano senza speranza in condizioni con cui è possibile convivere, riuscendo a garantire al tempo stesso una buona qualità di vita. Il campo in cui per primo è stato possibile disporre di farmaci "intelligenti" è quello dei tumori del sangue, leucemie, linfomi, mieloma, solo per citare i più comuni.

LEUCEMIA - Sono trascorsi ben più di 10 anni da quando l'arrivo del Glivec ha trasformato in maniera radicale la storia dei malati di leucemia mieloide cronica. Bloccando un particolare processo cellulare responsabile della trasformazione maligna delle cellule, la malattia è stata trasformata in una condizione che può essere controllata nella maggior parte dei casi con la semplice assunzione di una pillola, proprio come si fa per curare la pressione alta. Ovviamente questa scoperta ha aperto la strada da una parte alla ricerca di nuovi farmaci sempre più efficaci nel bloccare quel particolare meccanismo e dall'altra alla individuazione di altri meccanismi molecolari su cui intervenire e delle molecole capaci di bloccarli. Un atteggiamento che ha via via coinvolto anche i tumori solidi. Anche qui in molti casi è stato possibile o si sta provando a utilizzare terapie meno tossiche con risultati spesso migliori di quelli offerti dalla chemioterapia tradizionale.

POLMONE - «Un esempio recente è quello del tumore del polmone - dice Carmine Pinto, presidente eletto dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica -. Nell'adenocarcinoma del polmone, dove lo standard di trattamento è la chemioterapia con la sua relativa tossicità, quel 10-14% dei pazienti che hanno una particolare mutazione (quella dell'EGFR, il recettore del fattore di crescita dell'epidermide, *ndr*) possono essere trattati con gli inibitori della tirosin-chinasi, una terapia molto meglio tollerata rispetto alla chemioterapia e che raddoppia la sopravvivenza. Sono terapie più gentili, meno tossiche e più efficaci». Lo stesso sta avvenendo anche per altri tumori comuni come il melanoma e, almeno in parte, anche per il carcinoma del colon.

CHEMIOTERAPIA - «Non tutte le malattie sono uguali e non sempre la terapia più aggressiva è la migliore per quel paziente - aggiunge l'oncologo -; oggi si sta cercando di definire un setting di malati con caratteristiche cliniche particolari che ci permette di avere una strategia che prevede anche gradini diversi di intensità di terapia. Per esempio è in corso uno studio sulla chemioterapia adiuvante del carcinoma del colon in cui si sta valutando se 3 mesi di chemioterapia adiuvante sono uguali a 6. Lo studio è concluso e stiamo aspettando i dati». Certo che se i risultati saranno positivi si potrà pensare di dimezzare la durata della chemioterapia, un altro modo per rendere sempre più gentile la terapia. Ma se la possibilità di disporre di farmaci intelligenti sempre più capaci di intervenire sui meccanismi molecolari responsabili dei tumori, ha dato un contributo fondamentale alla possibilità di ricorrere a terapie più "soft", si sta facendo strada anche un altro modo di gestire queste malattie, un modo che si traduce in una sempre maggiore attenzione da parte dei medici alla persona nel suo complesso e non solo al tumore di cui è affetto. Si tratta di un approccio che considera per esempio l'età del paziente e le altre malattie di cui è affetto.

ANZIANI - Una critica che viene spesso sollevata agli studi clinici è quella infatti di essere condotti in popolazioni selezionate di pazienti dove spesso i criteri che portano a escludere dei soggetti dalla possibilità di essere inseriti nello studio è proprio la presenza di malattie di cui può invece soffrire il malato che si presenta dal medico con un tumore. E di fatto quando il medico si trova a curare il malato nella realtà di tutti i giorni deve farlo anche in presenza di questi problemi. Una strada che è stata per esempio percorsa recentemente dagli ematologi nella terapia di due importanti malattie, il mieloma multiplo e la leucemia linfatica cronica. Si tratta di due malattie che colpiscono frequentemente il paziente anziano che spesso è già portatore di altre malattie. Proprio in questi malati si è provato a ricorrere a un approccio più "gentile". «Non sempre le cose sono così ovvie - sottolinea Mario Boccardo, dell'Università di Torino -: di fronte a una malattia grave come un tumore la prima cosa che viene in mente è di dare una "bomba" che lo blocchi. Certe volte però riducendo la dose si ottengono risultati molto migliori».

SOLO PILLOLE - Nel caso del mieloma multiplo le terapie attuali permettono già di ottenere ottimi risultati, tuttavia una percentuale di pazienti deve abbandonare le cure per gli effetti indesiderati. Da qui l'idea di utilizzare una terapia più leggera, priva di chemioterapici che, in uno studio che ha coinvolto circa 1.600 pazienti, è stata messa a confronto con lo schema attualmente di riferimento, decisamente più tossico. «Il ciclo che poteva sembrare a prima vista meno forte e quindi meno efficace in realtà si è rivelato superiore - ricorda Boccardo -. I pazienti prendono solo delle pillole, hanno una minore tossicità dalla terapia e riescono a proseguire il trattamento a lungo, con una compliance migliore».

FARMACO BIOLOGICO - Stesso discorso nella leucemia linfatica cronica. Anche qui, grazie a un nuovo farmaco biologico, usato in associazione con un chemioterapico, è stato possibile ottenere risultati nettamente superiori a quelli della terapia attualmente di riferimento, mentre presso l'MD Anderson Cancer Center di Houston in uno studio, per ora limitato a un piccolo numero di pazienti si è provato a utilizzare esclusivamente l'associazione di due farmaci biologici, senza alcun chemioterapico. Il risultato è stato a dir poco incoraggiante: sono andati in remissione 38 dei 40 pazienti trattati.

stampa | chiudi

Lo studio



Pillola spazzino dopo la chemio

► Un «farmaco-spazzino» riduce i danni della chemioterapia: ogni anno oltre 25.000 italiani, soprattutto giovanissimi, si ammalano di leucemie e linfomi, con il rischio di andare incontro a effetti collaterali fra cui l'insufficienza renale, a seguito della chemio. Si tratta della cosiddetta sindrome da lisi tumorale. Le cure contro i tumori ematologici come leucemie e linfomi permettono oggi di guarire nel 70% dei casi. Ma la liberazione nell'organismo di sostanze tossiche per i reni, in particolare acido urico, riguarda il 3-20% dei malati, e l'incidenza sale fino al 30% negli under 18. I dati preliminari dello studio Florence, presentato a Firenze, con un investimento di circa 50 milioni di euro per l'intero programma di sviluppo, dimostrano «la possibilità di intervenire con un farmaco efficace ma anche molto economico rispetto alle cure attuali e quindi sostenibile anche dal servizio sanitario nazionale» ha spiegato Lucia Aleotti, presidente della Menarini. L'azienda che presenterà a breve il dossier di registrazione all'Agenzia Europea del Farmaco per l'autorizzazione in commercio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NACRO
C'è il tutor di coppia in farmacia

VINCERE LA NAUSEA SENZA MEDICINALI? OGGI SI PUÒ!

LE NUOVE FRONTIERE DELLA FARMACOLOGIA

Medicinali giusti per il paziente giusto

La farmacologia moderna non può più essere considerata solamente la "scienza che scopre nuovi farmaci", ma una disciplina che si sta arricchendo rapidamente di declinazioni che vanno dall'individuazione di nuove indicazioni per farmaci già esistenti all'identificazione sempre più precisa di pazienti che possono trarre il massimo beneficio da una determinata terapia, anche attraverso le più moderne acquisizioni nel campo della ricerca scientifica come la farmacogenetica, alla scoperta di nuovi bersagli dei meccanismi di una determinata patologia su cui concentrare la ricerca, alla valutazione economica dell'impatto di un nuovo farmaco sul mercato e, quindi, all'interesse per l'ottimizzazione delle risorse, all'attenta valutazione del rapporto rischio/beneficio, cercando di limitare al massimo il peso degli eventi avversi di un farmaco, alle strategie per aumentare la compliance del paziente.

La variabilità nella risposta a un trattamento farmacologico tra paziente e paziente costituisce uno dei problemi più rilevanti nella pratica clinica: si possono, infatti, osservare in alcuni soggetti, rispetto ad altri, effetti terapeutici ridotti, se non assenti, reazioni avverse variabili, nonostante sia stato somministrato lo stesso farmaco, con la stessa posologia. Per questo motivo, da diversi anni, l'obiettivo è quello di indirizzare le terapie esistenti verso quei pazienti che sono in grado di rispondere a esse e sviluppare nuovi farmaci efficaci per i non responder, evidenziando la componente genetica di quelle persone che hanno necessità assistenziali insoddisfatte. Tema, questo, di grande attualità, ampiamente trattato in occasione dell'ultimo Congresso nazionale della società italiana di farmacologia.

Il fallimento di una terapia nei confronti di un paziente, riscontrato frequentemente nella pratica clinica, ha portato la comunità

medico-scientifica a interrogarsi da un lato sulle cause di questo fenomeno, dall'altro sulle implicazioni di quest'ultimo, sia per la necessità di riuscire a dare, comunque, una risposta ai bisogni disattesi dei pazienti, sia per gli aspetti farmaco-economici derivanti dal costo di trattamenti che non funzionano.

Queste considerazioni, grazie alla nostra capacità di leggere il genoma in modo sempre più veloce ed economico hanno portato alla conclusione che, parte delle differenze nella risposta ai trattamenti, fossero dovute al Dna: sia quello del paziente che assume la terapia sia (se prendiamo come esempio le patologie oncologiche) quello delle cellule tumorali, estremamente instabile e soggetto a continue modifiche.

La consapevolezza di avere come bersaglio le proteine mutate del Dna e di fare un'ulteriore sottoclassificazione dei tipi di tumore, a seconda delle proprie mutazioni genetiche, ha portato la ricerca a comprendere che, se si riescono a individuare quali sono le mutazioni di un determinato tumore, possono essere somministrati farmaci indirizzati selettivamente per quelle stesse mutazioni a quei pazienti che sono maggiormente in grado di rispondere.

In questo momento, sempre per quanto riguarda l'oncologia, le applicazioni più efficaci della medicina personalizzata, che riescono a colpire in modo selettivo la parte modificata di un dato tumore, riguardano diversi tipi di tumore, quali quello renale, polmonare e il melanoma.

Ma oltre ai nuovi farmaci, ci sono altre categorie farmacologiche in uso da molti anni per patologie assai comuni come l'ipertensione, l'asma, i disturbi dell'umore, le cefalee ecc., che sono efficaci per una gran parte dei pazienti, ma che, al contrario, non lo sono per altri.

Prendiamo a esempio l'emicrania, patologia molto diffusa con una prevalenza di circa il 20% della popolazione. Le classi terapeutiche in assoluto più utilizzate per questa malattia sono i triptani, ma oltre il 50% dei pazienti (soprattutto donne) non ottengo-

no dal loro utilizzo il beneficio sperato.

Noi abbiamo evidenziato dei polimorfismi che possono contribuire al fallimento terapeutico, ma stiamo ancora cercando di definire geneticamente la popolazione non responder. In questo come in altre situazioni, una volta evidenziate le caratteristiche dei pazienti che, a esempio, non rispondono ai triptani, i ricercatori, come "sarti", dovrebbero impostare nuovi trial clinici per dare vita a nuovi farmaci "su misura", solo per i non responder. I pazienti a cui i triptani fanno effetto, hanno già la propria cura.

Siamo consapevoli che esistono differenti risposte da parte degli individui a seconda delle loro differenze genetiche, ma tutto questo non è ancora stato codificato nella pratica clinica.

Attualmente, infatti, la scelta del farmaco giusto avviene attraverso una procedura per tentativi ed errori, nel senso che si incomincia con un farmaco e se questo non funziona si cambia prescrizione, fino a trovare il trattamento adatto per quella persona.

Il ricorso all'esecuzione di opportuni test genetici metterebbe il medico nella condizione di stabilire subito quale farmaco funzionerà in quel particolare paziente e prescrivere tempestivamente terapie più efficaci.

La Società italiana di Farmacologia segue molto da vicino queste tematiche e ha un proprio gruppo di lavoro coordinato oltre che dal sottoscritto, dal Professor Emilio Clementi e dal Professor Diego Fomasari e si occupa in modo specifico di diverse aree terapeutiche che vanno dalla terapia del dolore alla neurologia, all'oncologia e alla terapia anti-virale.

Armando Genazzani
dipartimento di Scienze del farmaco
presso l'Università degli Studi
del Piemonte Orientale

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Una chance
dai test genetici

Oncologia primo
banco di prova

12 febbraio 2014

Farmacista33
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL FARMACISTA ITALIANO

Tariffe registrazione omeopatici, Tar Lazio interviene su Decreto Balduzzi

Una sentenza del Tar del Lazio prende in esame il decreto Balduzzi e le «improponibili tariffe di registrazione dei medicinali omeopatici nel nostro Paese ivi riportate». Lo sottolinea in un suo



intervento **Simonetta Bernardini**, presidente Siomi (Società italiana di omeopatia e medicina integrata) precisando come l'intervento riguardante il ricorso fatto da Omeoimprese e da Boiron contro il ministero della Salute e l'Aifa per l'annullamento del Decreto, pubblicato sulla G.U. del 15 Marzo 2013 già definito dal Decreto Balduzzi 158/2012 nella parte riguardante i medicinali omeopatici provveda a «sanare la vicenda». In sostanza il Tar riconosce il diritto dello Stato italiano di aumentare le tariffe del 10% e questo riferito, rispettivamente, alla precedente tariffa di 31 Euro richiesta per la

registrazione di un medicinale omeopatico unitario e alla tariffa di 154,95 Euro richiesta per la registrazione di un medicinale complesso (altrimenti definito come specialità aziendale), significa che è ammesso un aumento del 10%. Viceversa il Tar ritiene illegale che la tariffa possa subire incrementi fino al 70.000%, come nel caso di alcuni medicinali che, per essere registrati, avrebbero dovuto pagare una nuova tassa di registrazione fino a circa 20.000 Euro. Per quanto riguarda le tariffe per i medicinali omeopatici di nuova registrazione, non soggetti a procedura semplificata, la sentenza è stata invece sfavorevole, quindi rimangono invariate le tariffe fissate dal decreto del 15 marzo 2013. «È auspicabile che dopo questo intervento della magistratura la politica ritorni a fare il proprio lavoro» sottolinea Bernardini «e che il ministero della Salute e l'Aifa si risolvano, finalmente, ad attivare una Commissione composta da esperti delle Società scientifiche (medici e farmacisti), dalle Associazioni dei medici omeopati e antroposofici, dei pazienti dell'omeopatia e antroposofia e dalle Aziende, allo scopo di arrivare ad un nuovo Decreto legge finalmente equo». Nel frattempo, conclude «resta da capire se la scadenza di registrazione dei medicinali omeopatici in Italia già fissata al 31 dicembre 2015, come sarebbe ragionevole pensare, dovrà essere posticipata, dato che le aziende hanno atteso quasi un anno per la sentenza del Tar».