

Sanità alla svolta. Giovedì la firma ufficiale in Conferenza Stato-Regioni - Una dote di 337 miliardi di euro per tre anni

Patto per la salute, trovata l'intesa

ROMA

Nuovi ticket per reddito e composizione del nucleo familiare. Colpo d'accetta - ma più morbido delle previsioni - per posti letto e ospedaletti. Cure sempre più affidate al territorio, dunque con meno ricoveri. Un nuovo Prontuario farmaceutico e lancio delle categorie terapeutiche omogenee per i medicinali a carico dello Stato con interventi sullo sfondo che in teoria potrebbero valere fino a 600 milioni. Caccia alla qualità e alla sicurezza nell'agroalimentare. Cambio delle regole d'ingaggio del personale futuro del Servizio sanitario nazionale, inclusi gli specializzandi e la loro formazione. Nuovi commissari regionali per il rosso delle Asl che potranno non essere più i governatori in carica. Rimozione dei manager delle aziende sanitarie se colpevoli dei deficit. Stretta valutazione di Hta (health technology assessment) per tutti i dispositivi medici. Perfino un «Patto per la sanità digitale», indicata come una delle principali leve future per i risparmi sulla spesa sanitaria.

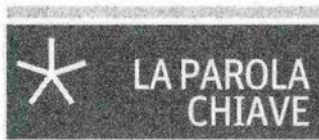
Il «Patto per la salute 2014-2016» è da ieri da considerare ai nastri di partenza, con la sua imponente (se basterà) dote di 337 miliardi nel triennio. Con la promessa sottoscritta ormai di lasciare dentro il Ssn i risparmi che saranno realizzati. Investimenti per le regioni, se ce la faranno. Chi ce la farà. Un «Pat-

to» per la sostenibilità del sistema, promette la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin.

Lo show down finale per la verità deve ancora arrivare. La prossima tappa, dopo che nella giornata di ieri sono stati necessari prima un vertice tra i governatori, quindi un incontro a por-

REGIONI TUTELATE

Accordo sulla clausola economica: in caso di manovre o tagli futuri da parte del Governo, si dovrà ridiscutere il Patto



Hta

● Acronimo che sta per Health Technology Assessment. Approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico, cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di efficacia, sicurezza, costi, impatto sociale e organizzativo. L'obiettivo valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia

te chiuse di due ore delle regioni con la Lorenzin e col sottosegretario all'Economia Enrico Zannetti, per cercare di smussare sul filo di lana le ultime resistenze locali e i capitoli spinosi rimasti in sospeso. Alla fine il quasi annuncio: la quadra è stata (quasi) raggiunta. Lunedì il nuovo testo (per la bozza si veda www.24oresanita.com) sarà rimesso in bella copia. E per giovedì è prevista la firma ufficiale in conferenza Stato-Regioni, con tanto di mega conferenza stampa finale a suggellare l'accordo.

Non che le resistenze ieri siano mancate. Le avevano annunciate per primi l'altro ieri i governatori leghisti Roberto Maroni (Lombardia) e Luca Zaia (Veneto), che reclamavano il totem lumbard dei costi standard senza se e senza ma. Dall'altra parte Stefano Caldoro (Campania) che rivendicava la necessità di tutelare il Sud e di rivedere i criteri di riparto dei fondi tra le regioni, non senza denunciare l'asse Pd-Lega. Non solo schermaglie politiche. Che ieri in mattinata si sono materializzate con una piccola raffica di emendamenti da valutare tra le regioni ai 29 articoli consegnati dalla Lorenzin. Fuoco di fila, in particolare, c'è stato sulla clausola finanziaria imposta dall'Economia: quella regola cioè secondo cui i fondi scritti nero su bianco (109,9 miliardi quest'anno, 112 nel 2015, 115,4 nel 2016) potevano essere "toccati" dal Governo se

eventuali modifiche «si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico». In pratica, dice il Governo: queste sono le somme (già riviste al ribasso in seguito all'andamento del Pil) ma se dovremo fare manovre in corso d'anno, la sanità non si ritenga immune da altri tagli. E siccome l'eventualità è tutt'altro che impossibile di qui alla fine dell'anno visti gli impegni già presi dal Governo, quella formuletta, che i governatori pensavano di poter scongiurare, è diventata un macigno pesantissimo da rimuovere.

Le resistenze su questo aspetto - anche tra Economia e Salute, si sussurra - hanno frenato una piena condivisione fin da ieri. Alla fine, nel tardo pomeriggio, sarebbe stata trovata una formula: se arrivano manovre (e tagli), si dovrà in qualche modo ridiscutere il «Patto». Come, da che punto, fino a dove, è tutto da vedersi. Anche perchè l'accordo rinvia le vere sfide ad altri atti e provvedimenti e a tempi dunque più lunghi. Per la messa in opera del «Patto», insomma, ci vorrà del tempo. Anche se una clausola ne prevede lo stretto monitoraggio dei tempi e delle attuazioni. Che in Italia, e con tante regioni in scadenza nella primavera prossima poi, sono il pane quotidiano dei rinvii.

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I punti chiave

LE RISORSE

Le risorse 2014-2016 sono 337,5 miliardi, si ampliano investimenti ed edilizia sanitaria e tutti i risparmi rimangono alle Regioni per finalità sanitarie

TICKET ED ESENZIONI

La revisione di ticket ed esenzioni si farà a dicembre. Sono da garantire equità e universalismo e ci si baserà sul reddito e la composizione del nucleo familiare

IL PRONTUARIO

In arrivo il nuovo Prontuario secondo criteri costi/benefici, con prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee. E valutazione con l'Health Technology Assessment

I POSTI LETTO

I posti letto per mille abitanti saranno 3,7 (3mila-3.500 meno di ora), nessun taglio alle piccole case di cura e la continuità assistenziale a domicilio del paziente

MEDICINA DI BASE

La medicina di base si svolgerà in strutture di gruppo tra professionisti. Sono previsti anche ospedali di comunità, una rete per la riabilitazione e l'accreditamento per le strutture di emergenza

E-HEALTH

Regioni e Governo hanno trenta giorni per stipulare un patto sulla Sanità digitale per eliminare gli ostacoli nella diffusione dell'e-health ed evitare realizzazioni parziali come avvenuto fino a oggi

I PIANI DI RIENTRO

I piani di rientro diventano di riorganizzazione e dovranno evidenziare anche i progressi. Con i nuovi commissariamenti, i governatori non saranno più commissari ad acta per incompatibilità

IL PERSONALE

Tavolo entro dicembre per un nuovo accesso nel Ssn del personale, inclusi neo medici e formazione specialistica. Saranno premiate flessibilità di carriera e gestione nelle aziende sanitarie pubbliche



quotidianosanita.it

Giovedì 03 LUGLIO 2014

Lorenzin e Errani: "Il Patto per la Salute è chiuso". Ecco la bozza. La firma ufficiale la prossima settimana. **Il testo e la sintesi**

L'annuncio alla fine di una lunga giornata iniziata alle 10 con la Conferenza dei Presidenti. Poi incontro a tre con Mef e Salute. Nel pomeriggio stigmatizzati due nodi da sciogliere: presidenti commissari ed edilizia sanitaria. Poi l'annuncio che l'accordo era stato raggiunto. La firma confermata per la prossima settimana. Fissato il fondo per il triennio. E poi ospedali, personale, farmaci e dispositivi, assistenza primaria. Impegni per riforma ticket e nuovi Lea. [LA BOZZA DELL'INTESA SUL PATTO SALUTE.](#)

"Il Patto per la Salute è chiuso, abbiamo concordato tutti i punti con le Regioni e con il Mef. Oggi è una giornata straordinaria". Lo ha annunciato il Ministro **Beatrice Lorenzin** nel tardo pomeriggio, al termine dell'incontro con le Regioni che proseguiva da stamane alle 10. La prossima settimana verrà firmato in Stato-Regioni e poi sarà presentato dettagliatamente in una conferenza stampa che si terrà presumibilmente giovedì 10 luglio.

"Il testo presenta un alto tasso di innovazione – ha proseguito – e fornisce la certezza del budget. Grazie al documento, potremo operare una riorganizzazione all'insegna dell'appropriatezza e dell'efficacia. Abbiamo adottato una spending review all'inglese, poiché le risorse che recupereremo saranno reinvestite all'interno del sistema. Voglio anche evidenziare il forte impegno per l'aggiornamento dei Lea e del nomenclatore delle protesi audio-visive". Lorenzin ha poi spiegato che c'è stata "piena sintonia con il Mef, che ha contribuito a un cambio di paradigma nei rapporti".

Il ministro ha ribadito che "l'Italia deve essere fiera del suo Ssn, certamente tra i migliori al mondo. E' per questo che abbiamo operato un lavoro di manutenzione del nostro sistema, anche alla luce di trasformazioni importanti come l'invecchiamento demografico. Siamo tra i primi nel rapporto tra costi e benefici e possiamo puntare a diventare il primo hub farmaceutico in Europa, tutto questo con una spesa inferiore alla media Ocse. Altro aspetto essenziale contenuto nel Patto riguarda la costruzione di un nuovo rapporto col territorio".

Raggiante anche **Vasco Errani**, presidente dell'Emilia Romagna e della Conferenza delle Regioni. "Il testo ha raccolto un consenso unanime e garantisce la certezza delle risorse per un impegno serio e innovativo che consenta la riorganizzazione e la riqualificazione del sistema". Secondo Errani il testo rappresenta "un salto di qualità nel livello di cooperazione tra Governo e Regioni. E' un passo in avanti, l'evoluzione di un percorso avviato con gli altri Patti. Dobbiamo diventare un punto di riferimento per gli altri Paesi e questo è possibile perché all'interno della nostra P.A. pochi settori possono vantare un giacimento di dati ed esperienze paragonabile a quello della sanità".

Infine **Enrico Zanetti**, sottosegretario al Mef, ha sottolineato che "spesso il mio Ministero ha l'ingrato compito di incarnare il ruolo di 'Signor no'. In questo caso avviene l'opposto, in quanto abbiamo trovato un accordo importantissimo. Non ci sono mai stati momenti di attrito, ma semplicemente passaggi caratterizzati da un sano e proficuo confronto, sempre nel rispetto delle rispettive funzioni".

Poche ore prima dell'annuncio il presidente [del Veneto Zaia](#) aveva sottolineato che l'accordo era vicino ma che dovevano ancora sciogliersi alcuni nodi tra i quali in particolare quello dell'incompatibilità tra ruolo di commissario ad acta e presidente nelle Regioni in Piano di rientro e quello dell'edilizia sanitaria per cui si chiedeva certezza di fondi.

Nodi evidentemente sciolti, visto l'annuncio finale di Governo e Regioni.

Ecco i contenuti della bozza di Patto in sintesi.

L'intero sistema di governante della Sanità va ripensato, anche alla luce della riforma Costituzionale che ridefinirà regole e competenze istituzionali con l'obiettivo è "rafforzare e qualificare la sinergia tra ministero della Salute, ministero dell'Economia e Regioni". È da questo presupposto che parte il Patto per la Salute, che nella bozza oggi all'attenzione delle Regioni evidenzia anzitutto la necessità di individuare "strumenti forti" per "assicurare la sostenibilità del Ssn, per garantire l'equità e l'universalità del sistema nonché dei Lea in modo appropriato e uniforme".

"Il nuovo Patto – si legge nelle premesse del documento – ha l'ambizione di considerare il sistema salute come un insieme di attori che costituiscono valore per il sistema paese. La salute è vista non più come una fonte di costo, bensì come un investimento economico e sociale. Per questo si delineano percorsi chiari di interazione con i territori e le altre amministrazioni centrali per rafforzare la ricerca e lo sviluppo nel settore biomedico". Ma l'interazione servirà anche a "monitorare il prezzo dei farmaci e dei dispositivi" e "ad offrire i migliori prodotti per la salute dei cittadini". Dunque, "il nuovo Patto andrà monitorato nella sua attuazione con senso di responsabilità e in un rapporto di leale collaborazione tra le parti", attraverso un tavolo permanente della Conferenza Stato-Regioni che costituirà una sorta di cabina di regia, "a cui è, tra l'altro, demandata l'elaborazione di proposte per la spending review interna al settore sanitario".

FONDO SANITARIO NAZIONALE (ART. 1)

Per il 2014 lo stanziamento è confermato in 109,928 miliardi, salirà a 112,062 nel 2015 e a 115,444 nel 2016 "salvo – precisa il testo – eventuali modifiche che non si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazione del quadro macroeconomico". Nel frattempo bisognerà lavorare alle pesature dei costi e fabbisogni standard, da definire entro il 20 luglio 2014 al fine del riparto dei fondi.

Entro il 31 dicembre 2014 dovrà anche essere pronto un documento di proposte elaborato dal ministero della Salute, su cui dovrà esserci l'intesa Stato Regioni, contenente proposte per implementare "un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale".

I RISPARMI RESTANO ALLA SANITA' (ART. 1)

La conferma nel comma 4 dell'articolo 1 del Patto.

LEA (ART. 10)

Al lavoro anche sui Lea, per aggiornarli entro il 31 dicembre 2014.

Quanto alla verifica dei Lea, il Patto prevede che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea stabiliti per i direttori generali costituisce un "grave inadempimento contrattuale" per la quale si prevede la decadenza automatica dei direttori generali.

ASSISTENZA TERRITORIALE (ART. 5)

Accelerata sulla costituzione delle Uccp e Aft per la medicina convenzionata, che costituiranno "le uniche forme di aggregazione delle cure primarie" in cui "confluiscono" quindi "le diverse tipologie di forme associative" realizzate nelle varie Regioni.

Le Uccp saranno caratterizzate dal lavoro multi professionale, garantito dal coordinamento tra le varie professionalità con particolare riguardo all'integrazione tra medicina generale e medicina specialistica. Ogni Aft della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata all'Uccp. Stabilito poi che le Aft della medicina generale coprano un bacino di utenza non superiore a 30.000 abitanti.

ASSISTENZA OSPEDALIERA (ART. 3)

Va adottato, senza ulteriori rinvii, il regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi previsti dal decreto 95/2012 dell'ex ministro Balduzzi. Entro il 31 dicembre 2014 Stato e Regioni dovranno anche stipulare un'intesa sugli indirizzi per la piena realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio. Entro 6 mesi dalla stipula del Patto sarà inoltre definito un documento di indirizzo sull'appropriatezza riabilitativa, "per garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo integrato all'interno della rete riabilitativa".

INTRAMOENIA. BASTA PROROGHE ALL'INTRAMOENIA ALLARGATA (ART. 20)

D'accordo sulla necessità di dare "piena attuazione" alla legge 12/2007 (legge Turco) e alle modifiche ad essa apportate dalle legge 189/2012 (Decreto Balduzzi) per consentire il passaggio al regime ordinario dell'esercizio dell'intramoenia all'interno dei presidi e superare definitivamente il regime, ormai da tempo affidato a deroghe, dell'intramoenia allargata. In pratica, si sollecita, da parte delle Asl, una ricognizione degli spazi interni disonibili per le attività libero professionali o l'acquisizione di ulteriori spazi, se necessario, presso altre strutture sanitarie autorizzate. Nella legge Balduzzi era poi prevista una messa in rete degli studi professionali per rendere tracciabili tutti i pagamenti effettuati dai pazienti, rendendo così possibile anche un effettivo controllo del numero delle prestazioni che il professionista svolge sia durante il servizio ordinario sia in regime di intramoenia.

PRESIDI TERRITORIALI/OSPEDALI DI COMUNITA' (ART. 5)

Stato e Regioni dovranno stipulare entro il 30 ottobre 2014 per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'assistenza medica sarà assicurata dai medici di medicina generali o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn e che effettuano ricoveri brevi per casi non compresi.

TICKET (ART. 8)

Nel Patto si evidenzia la necessità di una revisione del sistema "che eviti che la partecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi e alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità e universalismo". Il sistema, in fase di prima applicazione, dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare. Successivamente "potrà essere presa in considerazione la condizione 'economica' del nucleo familiare".

I contenuti della revisione dovranno essere definiti entro il 30 novembre 2014.

Il nuovo sistema dovrà garantire per ciascuna regione il medesimo gettito previsto dalla legislazione vigente nazionale, "garantendo comunque l'unitarietà del sistema".

SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI (ART. 9)

Sarà istituita una commissione permanente costituita da Mef, Salute, Regioni e Agenas per aggiornare le tariffe massime per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, nonché per l'assistenza protesica. Sarà promossa anche la sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali.

GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE (ART. 21)

Nel testo si parla della "necessità" di valorizzare le risorse umane del Ssn, al fine di garantire una nuova organizzazione del Ssr, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera, servizi territoriali e presa in carico delle cronicità e delle non autosufficienze.

Al fine di razionalizzare e facilitare l'accesso dei giovani medici alla professione sanitaria all'interno del Ssn, si indica nel Patto l'istituzione di un Tavolo politico per individuare, anche alla luce dell'esperienza di altri paesi UE, specifiche soluzioni normative.

PIANI DI RIENTRO. BASTA PRESIDENTI-COMMISSARI AD ACTA (ART. 12)

Nel Patto si conviene sulla necessità di "perfezionare l'inquadramento normativo dato al commissariamento delle Regioni che non rispettano gli obiettivi del piano di rientro alla luce di alcune criticità riscontrate nelle esperienze pregresse". A questo scopo, il Patto suggerisce anzitutto l'incompatibilità tra il ruolo dei commissari e l'affidamento di incarichi istituzionali e, in particolare, che "in caso di nuovi commissariamenti, sia previsto che la nomina a commissario ad acta sia incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento".

SPECIALISTICA AMBULATORIALE (ART. 5)

Dovrà raccogliere quanti più Drg possibili tra quelli a rischio di in appropriatezza.

Sul lato dell'emergenza-urgenza, le Regioni dovranno adottare provvedimento per assicurare percorsi differenziati coerenti per l'assistenza in emergenza-urgenza e per la gestione dei codici di minore gravità.

Sarà poi introdotto il numero unico europeo di emergenza 112, che sarà recepito dalle centrali operative del 118.

FARMACIA DEI SERVIZI e MEDICINA DI INIZIATIVA (ART. 5)

Compito delle Regioni definire con specifici atti di indirizzo la promozione della medicina di iniziativa e della farmacia dei servizi quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute.

ASSISTENZA FARMACEUTICA (ART. 22)

Per il governo della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, nei limiti delle risorse stabilite, si indica che le parti si impegnano: ad adottare iniziative affinché l'Aifa provveda all'aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale dei farmaci rimborsabili sulla base del criterio costo/beneficio ;e efficacia terapeutica, prevedendo anche prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee; rivedere la normativa nazionale che riconduca alla contestualità fra Aic e la definizione del regime di rimborsabilità; una revisione degli accordi negoziali sui farmaci sottostanti ai Regimi di monitoraggio Aifa, dopo un periodo massimo di 36 mesi, valutando se vengono confermati o meno i risultati clinici attesi; definire un percorso per sostenere esclusivamente l'innovazione terapeutica reale, importante e dimostrata rispetto alla terapia già in uso; rendere contestualmente valide e applicabili su tutto il territorio nazionale le determinazioni di Aifa; istituire un Tavolo di monitoraggio permanente composto da 3 rappresentanti delle Regioni, un rappresentante del Mef, un rappresentante del Ministero della Salute, un rappresentante del Ministero dello Sviluppo economico, un rappresentante Aifa ed un rappresentante di Agenas, che verifichi l'attuazione di quanto previsto da questo articolo ed elabori eventuali proposte per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

DISPOSITIVI MEDICI (ART. 23)

Qui vengono definite le modalità per l'applicazione di una rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza che consenta lo scambio tempestivo delle informazioni riguardanti incidenti che coinvolgono dispositivi medici. Si conviene poi di predisporre entro il 1 ottobre 2014 un documento recante linee guida per il corretto utilizzo dei dati e della documentazione presente nel Repertorio dei dispositivi medici.

Sarà compito delle Regioni attivare un osservatorio sui consumi e sui prezzi dei dispositivi medici in grado di fornire dati comparativi alle centrali uniche di acquisto su base regionale.

AGGIORNAMENTO DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO (ART. 24)

Governo e Regioni concordano che all'aggiornamento del regolamento sulle norme per l'assistenza protesica erogabili nell'ambito del Ssn, si provvederà anche a valere sui risparmi di spesa derivanti dalle disposizioni del presente Patto per la salute.

CREAZIONE DI UN MODELLO ISTITUZIONALE DI HTA DEI DISPOSITIVI MEDICI (ART. 25)

Il Ministero della Salute per garantire l'azione coordinata dei livelli nazionale, regionali e delle aziende accreditate del Ssn per il governo dei consumi dei dispositivi medici a tutela dell'unitarietà del sistema, della sicurezza nell'uso delle tecnologie e della salute dei cittadini a livello nazionale dovrà: istituire una "Cabina di regia"; fornire elementi utili per le indicazioni dei capitolati di gara per l'acquisizione dei dispositivi medici; fornire elementi per la classificazione dei dispositivi medici in categorie omogenee e per individuare prezzi di riferimento; promuovere la creazione del Programma nazionale di HTA dei dispositivi medici.

DISTRETTO (ART. 5)

Saranno definiti tramite Accordi Stato-Regioni nuovi standard organizzativi del Distretto al fine di "orientare il suo ruolo strategico nella costituzione di rete assistenziali a baricentro territoriale e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini". Questo anche per contribuire a ridurre i tassi di ricovero e degli accessi impropri al Dea.

SANITA' PUBBLICA E VETERINARIA (ART. 18)

Regioni impegnate a rendere i sistemi regionali del settore "sempre più efficaci ed efficienti nelle attività di prevenzione, vigilanza e controllo. A tal fine le unità operative deputate a queste funzioni specifiche dovranno essere garantite nelle Asl e "possibilmente configurate come unità operative complesse e dotate di personale adeguato".

RICERCA SANITARIA (ART. 19)

"E' fondamentale – si legge nel testo – il reperimento delle fonti di finanziamento, l'individuazione delle possibili sinergie tra ricerca pubblica, privata, nazionale, europea ed extraeuropea e la ovalizzazione delle risorse già presenti nel Ssn". Quindi, il Patto sollecita ad "evitare rischi di duplicazioni e sovrapposizioni integrando le risorse e individuando tematiche condivise dai soggetti finanziatori". Inoltre "deve essere mantenuto e implementato un percorso rigoroso e trasparente che si occupi non solo di selezionare le migliori proposte di ricerca, ma che aiuti anche concretamente a definire le priorità più utili alla gestione delle aree di incertezza negli interventi sanitari".

PIANO NAZIONALE CRONICITA' (ART. 5)

Sarà predisposto dal ministero della Salute Entro il 30 dicembre 2014 e dovrà poi essere approvato in Stato Regioni.

EMERGENZA E NUMERO DI TELEFONO PER I CASI NON URGENTI (ART. 5)

Come già avviene in altri Paesi europei, sarà istituito il numero 116.117 dedicato al servizio di cure mediche non urgenti. Con apposito accordo Regioni-Ministero della Salute saranno definite le modalità e i tempi per la realizzazione del servizio su tutto il territorio nazionale.

LOTTA AL DOLORE (ART. 5)

Nelle Aft e nelle Uccp dovrà essere prevista una figura medica formata ed esperta sulle tematiche legate alla terapia del dolore.

STATI VEGETATIVI (ART. 5)

Le Regioni dovranno provvedere a definire per i pazienti soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata che di assistenza residenziale in speciali Unità di accoglienza permanente.

UMANIZZAZIONE DELLE CURE (ART. 4)

Il Patto vi dedica un intero articolo (il 4), prevedendo uno specifico impegno in questo senso da parte delle Regioni e la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda un progetto di formazione del personale e un'attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente all'area critica, alla pediatria, alla comunicazione, all'oncologia e all'assistenza domiciliare. Il grado di soddisfazione dei cittadini sarà monitorato in maniera continuativa e omogenea tra le Regioni, così da consentire l'avvio di azioni correttive.

EDILIZIA SANITARIA (ART. 13)

Sarà rivista la normativa tecnica in materia di sicurezza, igiene e utilizzazione degli ambienti. Le Regioni si impegnano ad attuare gli obiettivi di programmazione sanitaria e di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale e il Governo si impegna ad assicurare il necessario cofinanziamento per l'edilizia sanitari attraverso i Programma operativi nazionali e a consentire, per il triennio 2014-2017, l'accesso a una "provvista finanziaria" – nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica – presso la Cassa Depositi e Prestiti il cui onere è posto a carico delle Regioni. Questo "senza alcun incremento della pressione fiscale", bensì "attraverso l'efficientamento dei servizi e la riduzione dei costi di gestione in ambito sanitario". Le Regioni si impegnano inoltre a individuare, nell'ambito dei singoli Programmi operativi regionali relativi all'utilizzo del Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020 le risorse per la realizzazione dei programmi.

SANITA' DIGITALE e CABINA DI REGIA DEL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (ART. 14 e 15)

Regioni e Governo sigleranno, entro 30 giorni dall'intesa sul Patto, un Patto per la Sanità Digitale, cioè un piano strategico per la diffusione della sanità digitale.

Il Patto cita poi il Piano di Evoluzione dei Flussi, che si sviluppa su un orizzonte temporale triennale

ed è predisposto dalla cabina di regia del Nsis, i cui compiti, composizione e modalità di funzionamento saranno rivisti entro 90 giorni dalla stipula del Patto.

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE (ART. 16)

Confermata la destinazione di 200 milioni annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Stabilito che il 5 per mille sulla quota vincolata per il Piano nazionale prevenzione sia destinato ad attività di supporto al Piano da parte dei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevenzione e Associazione italiana registri tumori.

ISTITUTI ZOOPROFILATTICI SPERIMENTALI (ART. 17)

Riordino da parte delle Regioni previsto entro 6 mesi dall'approvazione del Patto, pena commissariamento dell'Istituto da parte del ministero della Salute.

ISTITUTI PENITENZIARI (ART. 7)

La Conferenza Unificata si impegna ad approvare entro il 30 giugno 2014 le Linee guida sull'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari.

AL TRAGUARDO PATTO TRA GOVERNO ED ENTI LOCALI DA 337 MILIARDI IN TRE ANNI: I PUNTI CHIAVE

Letti e ticket: premi agli ospedali virtuosi

ROMA

DOPO mesi di trattative, il Patto per la salute è a un passo dal traguardo. I ministeri della Salute e delle Finanze insieme alle Regioni hanno, infatti, appena trovato un accordo. La novità porterà conseguenze per molti anni: si tratta del documento attorno al quale girerà la sanità pubblica fino al 2016. Mettendo paletti importanti su diverse questioni spinose, come la suddivisione del fondo sanitario a livello locale, gli ospedali da riconvertire, i farmaci e i ticket. La firma vera e propria arriverà lunedì. Fino ad allora ci sarà tempo per limare qualche dettaglio. Come peraltro confermano anche i protagonisti. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, infatti, dice: «Il Patto è chiuso, anche se non dirò nulla fino a quando non metterò la firma sull'intesa». E il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani replica: «L'annuncio del ministro è incoraggiante, perché vuol dire che chiudiamo e che verranno accettati gli emendamenti che abbiamo da proporre».

IL PEZZO più rilevante riguarda, senza dubbio, il Fondo sanitario nazionale. Per il 2014

ammonterà a 109,9 miliardi di euro, per il 2015 a 112 miliardi, per il 2016 a 115,4 miliardi. Al di là degli importi, però, pesano i criteri di ripartizione, che saranno orientati a premiare le Regioni più virtuose. I risparmi conseguiti dalle amministrazioni resteranno nella loro disponibilità. Sul fronte dei ticket, non c'è una riforma immediata, ma vengono indicati dei criteri che andranno seguiti in una seconda fase. Per quanto riguarda i farmaci, l'Aifa (l'Agenzia italiana del farmaco) dovrà iniziare ad aggiornare il suo prontuario seguendo il criterio del costo/beneficio e dell'efficacia terapeutica: in pratica, ci sarà maggiore attenzione ai risparmi. Un'attenzione particolare ci sarà per l'umanizzazione delle cure, che sarà tra i nuovi obiettivi delle Regioni.

Nascono gli ospedali di comunità: sono strutture che servono a ridurre i ricoveri causati da ricadute di pazienti non seguiti presso il loro domicilio. Insieme a loro, saranno incentivate le organizzazioni di medici di famiglia e pediatri. Infine, verrà introdotto il numero unico europeo per le emergenze: sarà il 112.

Matteo Palo

IL MINISTRO LORENZIN

Il Patto è chiuso, anche se non dirò nulla fino a che non firmerò l'intesa



Salute, Lazio ko Lombardia ok Firmato il patto con le Regioni

Antonio Caperna

ROMA - Una sola regione italiana, il Veneto, promossa a pieni voti, altre sette (tutte del Nord eccetto la Basilicata) comunque soddisfacenti, altre otto (tra cui spicca il Piemonte e il Sud) sono rimandate. È il risultato della verifica adempimenti 2012 per garantire i Livelli essenziali di assistenza in Italia. Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Marche, Toscana, Umbria e appunto Basilicata, pur se generalmente adempienti, devono attuare quanto previsto per la riorganizzazione e la messa in sicurezza dei punti nascita.

Il Veneto invece ha superato tutti gli adempimenti. Per l'anno 2012 ne sono stati certificati ben 38, di cui alcuni articolati in più sezioni, per un totale di 48 valutazioni. Le 16 regioni sono a statuto ordinario più la Sicilia, ossia quelle che hanno accesso al «fondo sanitario» e che vengono private del 3% di questo se risultano inadem-



«Iniziamo a chiudere i punti nascita inutili»

I ginecologi: basta con la scarsa qualità

Paolo Scollo è presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo). A che punto siamo con la criticità dei punti nascita?

«È una questione spino-

Un'ambulanza esce da un ospedale. Sanità nell'occhio del ciclone

sa che non si riesce a risolvere, legata al potere dello Stato nei confronti delle singole regioni. C'è un decreto dell'ex ministro della Salute, Antonio Fazio, il cosiddetto decalogo, che fissava alcune regole, tra cui la chiusura dei punti nascita al di sotto delle 500 nascite l'anno. Si è fatto poco al riguardo. E dire che l'Oms è più restrittiva e sale fino a mille».

Chiudere i punti nascita significa togliere un servizio al territorio?

«È il contrario. Perché vuol dire dare sicurezza alla popolazione, chiudendo strutture con scarsa qualità e altissimo rischio per le mamme durante il parto e i neonati. Senza contare gli alti costi».

La Basilicata è l'unica regione del Sud Italia tra quelle che superano la verifica del Ministero. La meraviglia?

«Solo in parte, poiché probabilmente nelle regioni piccole del Sud è più semplice mettersi a norma e risolvere alcune criticità». **(A.Cap.)**

L'Italia che non dice 33

Livelli minimi di assistenza solo in 8 regioni. Veneto irreprensibile

pienti. Man mano che si scende al Sud la situazione peggiora. Campania, Lazio e Molise evidenziano ancora criticità per l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, l'assistenza ai malati terminali, la riabilitazione, l'attività trasfusionale e al percorso nascita. Qualche miglioramento per l'assistenza ospedaliera in Abruzzo «ma persistono criticità» per quanto

riguarda, tra l'altro, l'«emergenza urgenza». In Calabria la riorganizzazione complessiva della sanità «ha portato ad un decremento dei ricoveri a rischio di inappropriatazza».

Restano i nodi di assistenza territoriale, rete dei laboratori, prevenzione e, anche qui, emergenza urgenza. Migliora l'assistenza ospedaliera in Puglia e Sicilia ma permangono

criticità nel percorso nascita, nella rete dei pronto soccorso e nell'assistenza territoriale. Infine, il Piemonte, unica Regione del Nord con il cartellino rosso per «inadempienze nel monitoraggio delle liste d'attesa e nell'area della prevenzione», oltre che nella contabilità. Intanto i governatori delle Regioni hanno raggiunto l'accordo sul Patto della Salute. «Abbiamo

chiuso praticamente tutta la parte dove c'erano dei nodi. Non ci sono stati tagli e i costi standard sono a regime per sempre. Possiamo costruire un sistema rigoroso ma certo. Un sistema che non è contro l'industria ma a favore del paziente e rende più competitivi», ha affermato il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin.

riproduzione riservata ®

EMERGENZA SUI LIVELLI ASSISTENZA, GARANTITI IN 8 REGIONI

MONITORAGGIO MINISTERO, SOLO IL VENETO E' 'IRREPENSIBILE'

(ANSA) - ROMA, 3 LUG - "Rilevanti inadempienze" nel garantire i Livelli essenziali di assistenza (Lea) ai cittadini per le regioni in piano di rientro e criticita' diffuse, soprattutto al Sud, per quanto riguarda il percorso di emergenza urgenza e l'assistenza territoriale. E' il panorama che emerge dalla Verifica sugli adempimenti Lea 2012, pubblicata sul sito del Ministero della Salute che, delle 16 monitorate, promuove a pieni voti solo otto Regioni: Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria e Veneto. Una in meno del monitoraggio Lea 2011, ovvero il Piemonte. Ad essere bocciate sono le regioni che erano state sottoposte a Piano di rientro, a dimostrazione del fatto che chi spende di piu' spesso spende anche peggio. Campania, Lazio e Molise evidenziano ancora criticita' per l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, l'assistenza ai malati terminali, la riabilitazione, l'attivita' trasfusionale e al percorso nascita. Qualche miglioramento per l'assistenza ospedaliera in Abruzzo, "ma persistono criticita'" per quanto riguarda, tra l'altro, l'"emergenza urgenza". In Calabria la riorganizzazione complessiva della sanita' "ha portato ad un decremento dei ricoveri a rischio di inapproprietezza". Ma restano i nodi di assistenza territoriale, rete dei laboratori, prevenzione e, anche qui, emergenza urgenza. Migliora invece l'assistenza ospedaliera in Puglia e Sicilia ma permangono criticita' nel percorso nascita, nella rete dei pronto soccorso e nell'assistenza territoriale. Infine, il Piemonte presenta "inadempienze nel monitoraggio delle liste d'attesa e nell'area della prevenzione", oltre che nella contabilita'. Solo il Veneto, nel monitoraggio 2012 realizzato sulla base del lavoro del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea, risulta 'irreprensibile'. Basilicata, Umbria, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, invece, pur se generalmente 'adempienti', devono attuare quanto previsto per la riorganizzazione e la messa in sicurezza dei punti nascita. Sono sedici le Regioni valutate dalla Verifica adempimenti Lea 2012: sono quelle a statuto ordinario piu' la Sicilia, ossia le Regioni che hanno accesso al Fondo sanitario e che vengono private del 3% di questo se risultano inadempienti. Il report e' realizzato analizzando un set di 21 indicatori con l'obiettivo di individuare le aree di criticita' in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei Lea. Ad esempio, sul numero di parti cesarei alla prima gravidanza tutte le regioni si attengono alle indicazioni ministeriali e vedono calare il tasso medio, eccetto il Molise che passa dal 28,5 del 2011 al 29,5. Sempre il Molise e' maglia nera per la percentuale di pazienti over 65 con frattura del collo del femore operati entro 2 giornate: e' passato dal 22,9 del 2011 al 14,4 del 2012, la percentuale piu' bassa di tutta Italia, pari a quella della Campania, che pero' e' in trend di miglioramento rispetto alla scorsa rilevazione (13,8%). Migliori prestazioni, in base a questo indicatore, le offre, col 72%, la Val D'Aosta. Soddisfatti i commenti che arrivano dalle Regioni 'promosse', che annunciano l'impegno per un ulteriore miglioramento dei Livelli essenziali di assistenza. L'assessore alla Sanita' della Sicilia, Lucia Borsellino, rileva invece come la Regione sia comunque "poco al di sotto della soglia di adempienza". Netto il commento del neo assessore alla Sanita' della Regione Piemonte, Antonio Saitta: "I dati del Ministero che assegnano al Piemonte la maglia nera su temi essenziali per la salute, come i livelli di assistenza sono, purtroppo, la conferma che la Regione a guida Chiamparino si trova a dover affrontare una prova difficilissima: rimettere finalmente ordine nella sanita'".(ANSA).

IL MINISTRO LORENZIN: GIORNATA STRAORDINARIA

Sanità, allo studio l'ipotesi di rivedere l'esenzione ticket

Siglato ieri a Roma il patto della salute: un piano da 337 miliardi

PAOLO RUSSO
ROMA

E' un Patto della salute da 337 miliardi in tre anni e che promette di riformare a fondo la sanità quello siglato ieri da Regioni e Governo. «Abbiamo trovato una sintesi tra le posizioni. E' una giornata straordinaria», ha commentato in serata il Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, mettendo così la parola fine a una trattativa che si trascinava da un anno. Anche se resta da definire entro il 20 luglio come ripartire la torta di 109,9 miliardi quest'anno e di 112 e 115,4 nei due anni successivi.

Il sud chiede più soldi per compensare le peggiori condizioni sociali che incidono sulla salute, ma intanto l'accordo in 29 articoli siglato ieri contiene una mezza rivoluzione per gli assistiti, che spetterà alla Conferenza Stato-Regioni formalizzare la prossima settimana.

«Si riorganizza la sanità in base alle esigenze del territorio e per la prima volta con una reale integrazione socio-sanitaria», commenta la Lorenzin riferendosi ai nuovi maxi-ambulatori, che garantiranno assistenza 24 ore su 24 o almeno 16

ore al giorno 7 giorni su 7.

Altra novità sono gli «ospedali di comunità», strutture per lungodegenti che assisteranno persone che non possono essere curate a domicilio. Sugli ospedali veri e propri il Patto rimanda a un regolamento già predisposto dall'ex ministro Balduzzi, ma che verrà in parte riscritto. L'accordo è di chiudere o accorpate i reparti sottoutilizzati (dovranno avere un bacino di utenza minimo): si stima una riduzione di settemila letti, mentre le cliniche con meno di 60 posti letto non potranno più lavorare in convenzione con il pubblico. Il Patto formalizza anche l'impegno del governo ad investire per l'ammodernamento dei nostri ospedali, per il quale il governatore del Piemonte, Sergio Chiamparino, aveva chiesto «almeno un miliardo».

Le regioni dal canto loro si impegnano a elaborare piani per dare un volto più umano all'assistenza sanitaria, ma saranno messe sotto tutela dall'Agenas (l'Agenzia per i servizi sanitari regionali) se tenderanno a tingere di rosso i conti della sanità. Entro il 30 novembre dovranno fare il tagliando anche i ticket, «considerando la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare». L'idea è di far pagare qualcosa a chi pur avendo una buona situazione economica oggi è completamente esente per determinate patologie croniche. I risparmi servirebbero per ridurre i maxi-ticket su specialistica e diagnostica.



Governo-Regioni. Firmato il Patto per la Salute

ROMA

I ministri della Salute e dell'Economia e le Regioni hanno firmato il Patto per la salute 2014-2016, cioè il documento dove si disegna la sanità dei prossimi anni. Lunedì ci sarà l'approvazione definitiva, che arriverà dopo aver limato alcuni punti. Ci sono voluti mesi di incontri e discussioni per arrivare a un testo definitivo, dove prima di tutto si affronta il tema della suddivisione del fondo sanitario, uno dei punti più spinosi. Si parla di ospedali da riconvertire, di cure da umanizzare e di nuovi poli di assistenza territoriale. Ma alcuni articoli (su un totale di 29) sono dedicati anche ai farmaci e alle Re-

È valido per il triennio 2014-2016 Novità in arrivo su ospedali, ticket e Lea E il ministro Lorenzin annuncia un Piano nazionale per la fertilità

gioni in piano di rientro, i cui commissari straordinari non potranno essere i governatori (come accade oggi). Per quanto riguarda i ticket, nel testo si definiscono i principi da seguire per avere un sistema più equo di compartecipazione dei cittadi-

ni. Una commissione dovrà risolvere la questione nei prossimi mesi. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin da quasi un anno lavora con i governatori. «Abbiamo trovato una sintesi tra le posizioni. È una giornata straordinaria siamo sfiancati da settimane di lavoro – commenta –. È un patto ad alto tasso di innovazione, che garantisce certezza di budget, appropriatezza delle prestazioni e prevede l'idea di una spending interna, con l'impegno a reinvestire le risorse derivanti dalla programmazione nel settore». Soddisfatti i presidenti delle Regioni, in particolare per la certezza dei finanziamenti al fondo sanitario. Nel patto è previsto anche l'aggiornamento, dopo 15 anni dei

Livelli essenziali di assistenza (Lea). Intanto dalla verifica del ministero sugli adempimenti sui Lea per il 2012 emergono «rilevanti inadempienze» nel garantirli per le Regioni con piani di rientro. E diffuse criticità, soprattutto al Sud, per emergenza, urgenza e assistenza territoriale. Su 16 regioni monitorate "promosse" a pieni voti solo 8 (Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria e Veneto), una in meno del 2011 (il Piemonte). Ieri, infine, intervenendo all'assemblea di Farmindustria, il ministro ha annunciato anche un Piano nazionale per la fertilità, perché «bisogna invertire la tendenza demografica negativa del nostro Paese».



Professioni - In ottobre concorso nazionale per i medici

Pacelli a pag. 29

Firmato il decreto con le nuove modalità di svolgimento delle prove

Specializzandi a ottobre

Arriva il concorso nazionale per i medici

DI **BENEDETTA PACELLI**

Si svolgerà a ottobre il concorso nazionale per le scuole di specializzazione in medicina. Il ministro dell'istruzione, università e ricerca, Stefania Giannini, ha infatti firmato il relativo decreto che sarà pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* a seguito del vaglio finale della Corte dei conti. Subito dopo il Miur emanerà il bando per il primo concorso nazionale che si terrà nel mese di ottobre per i 5 mila posti messi a disposizione dagli atenei (nel 2013 i posti a bando erano 4.500). Il regolamento fa dire definitivamente addio ai vecchi concorsi locali banditi nei singoli atenei, basati su un quiz di domande scelte da un database, che secondo gli addetti ai lavori, non era idonea a verificare l'effettiva preparazione del candidato. Già da questo anno, quindi, l'accesso sarà garantito con una prova di esame «identica a livello nazionale con riferimento a ciascuna tipologia di scuola».

D'ora in poi per essere ammessi bisognerà superare una selezione per esami e titoli. La prova scritta sarà telematica, i candidati dovranno rispondere a 110 quesiti a risposta multipla. La verifica sarà suddivisa in due parti: la prima, comune a tutte le scuole, consisterà in 70 domande su argomenti caratterizzanti il corso di laurea di Medicina e Chirurgia. La seconda, invece, in 40 quesiti che serviranno a valutare i candidati rispetto a scenari predefiniti di dati clinici, diagnostici e analitici: di questi,

30 saranno comuni a tutte le scuole inserite in una stessa area e dieci saranno specifici per ogni scuola. Le dieci domande specifiche avranno un peso maggiore in fase di correzione. All'esito della prova, poi, non ci sarà più una graduatoria locale, ma una classificazione nazionale redatta da un'apposita commissione nazionale «per ciascuna tipologia di scuola».

La Commissione, come specifica lo stesso ministero in una nota, sarà composta da un direttore di una scuola di specializzazione, con funzioni di presidente, e da cinque professori universitari per ciascuna delle tre aree, e specificherà anche i criteri per l'attribuzione del punteggio relativo ai titoli e quelli per l'approvazione della graduatoria unica nazionale per ciascuna scuola. A essere ammessi alle scuole, infatti, sono coloro che, in relazione al numero dei posti disponibili, si sono collocati in posizione utile nella relativa graduatoria nazionale sulla base del punteggio complessivo riportato. Ciascun candidato, al momento della domanda, potrà scegliere di concorrere per l'accesso fino a due tipologie di scuola di specializzazione per ciascuna area (medica, chirurgica, servizi clinici). A partire dal 2015, assicura il Miur, il bando per l'ammissione alle scuole sarà pubblicato entro il 28 febbraio di ogni anno e la prova d'esame si svolgerà non prima di 60 giorni dopo la sua uscita. Nel frattempo il ministero sta lavorando al riassetto e alla revisione della durata delle scuole di specializzazione.





04-07-2014

AIFA: LORENZIN, IL 28 AGOSTO IN CDM PRESENTERO' RIFORMA

(AGI) - Roma, 3 lug. - "Il prossimo 28 agosto, al primo Consiglio dei ministri disponibile, presentero' la proposta di riforma degli enti vigilati, tra cui anche l'Aifa". Lo ha annunciato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, nel corso dell'intervento all'assemblea pubblica di Farmindustria. "Noi possiamo davvero diventare l'hub farmaceutico europeo - ha sottolineato il ministro rifacendosi a quanto affermato dal presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi, e dall'economista Marco Fortis - ma possiamo farlo solo avendo un sistema regolatorio che ci renda competitivi. Per questo - ha ribadito - bisogna riformare l'Aifa che per me - ha spiegato - deve diventare come la Fda americana, con una maggiore velocita' di azione, altamente specialistica e molto forte sul piano ispettivo. Per fare questo - ha affermato con forza il ministro - la politica non deve intromettersi nella scelta delle nomine. Noi dobbiamo poter scegliere il meglio che abbiamo in Italia". Quanto agli altri enti vigilati che saranno inseriti nella riforma, Lorenzin ha detto di immaginare, ad esempio, "l'Istituto superiore di sanita' come il National Institute of health statunitense. Dobbiamo portare non solo l'industria in Italia, ma anche la ricerca - ha chiarito - valorizzando la capacita' dei nostri ricercatori e migliorando la capacita' brevettuale. Dobbiamo - ha concluso - costruire le condizioni ideali per dare casa al pensiero".

La scommessa di Farmindustria: "Pronti a investire 1,5 mld per 2000 posti di lavoro"

L'annuncio del presidente Scaccabarozzi: "Inversione tendenza che fa bene all'Italia". Il ministro Lorenzin: "Aziende farmaco a primi posti per produttività +64% export in 5 anni"



ROMA - Farmindustria è pronta a investire 1,5mld in tre anni per creare 2.000 posti di lavoro. Una scommessa che punta soprattutto ad alimentare l'occupazione giovanile. "Le imprese del farmaco sono pronte a investire almeno un miliardo e mezzo di euro nei prossimi tre anni, di cui 470 milioni già dichiarati. E sono pronte a creare 2.000 nuove opportunità di lavoro per i giovani - ha annunciato il presidente di **Farmindustria**, Massimo Scaccabarozzi, durante l'Assemblea pubblica 2014 - . Si tratta di "un'inversione di tendenza che fa bene all'Italia e alla sua economia". Un settore quello del farmaco che, come ha ricordato durante l'Assemblea il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, gode di ottima salute e segna una crescita del 64% nell'export in 5 anni. Il nostro paese è secondo nell'Unione europea per valore produzione.

I DATI Le aziende farmaceutiche in Italia

"Ci sono le condizioni per investire". Secondo Scaccabarozzi, oggi ci sono le condizioni per investire ancora di più. "Servono però stabilità del quadro normativo e certezza delle regole - ha detto - . L'Italia ha necessità di una *governance* farmaceutica più efficiente così come è opportuno semplificare la burocrazia e sviluppare un contesto più attrattivo per l'innovazione, cuore pulsante dell'attività delle imprese e impegno verso i pazienti". E il semestre di presidenza italiano in Europa, appena iniziato, rappresenta per il presidente di Farmindustria "un'ottima occasione per dimostrare quanto vale l'Italia e quanto valgono le industrie". Nel suo discorso Scaccabarozzi ha aggiunto che "il premier, Matteo Renzi, il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin e i Governatori di Lombardia e Lazio, Roberto Maroni e Nicola Zingaretti hanno dimostrato ripetutamente di credere nel settore e di considerarlo un importante *asset* industriale ad alta tecnologia".

"Velocizzare procedure burocratiche". Sono chiare le richieste delle aziende del farmaco: "velocizzare le procedure burocratiche riferite ai nuovi investimenti; accelerare l'accesso all'innovazione frenato da troppi vincoli

nazionali e regionali; aiutare le imprese a utilizzare i Fondi europei per produzione e Ricerca e sviluppo; individuare sistemi premiali per i prodotti che contribuiscono agli investimenti; rendere più veloci le ispezioni ai siti produttivi". Interventi, rileva Farmindustria, "da accompagnare a una revisione del Titolo V della Costituzione, per riportare 'al centro', e quindi al ministero della Salute e all'Agenzia italiana del farmaco, la politica farmaceutica oggi suddivisa in 21 realtà territoriali".

Lorenzin, nuove politiche per farmaci. Sulle politiche da adottare nel settore farmaceutico, intervenendo all'Assemblea di Farmindustria, il ministro Lorenzin ha dichiarato che nel nuovo Patto per la salute "sono state introdotte importanti novità". Puntano a "una politica del farmaco che sia nazionale". "Stiamo costruendo - ha aggiunto Lorenzin - sicuramente un sistema rigoroso ma certo e con delle norme chiare e applicabili, con verifiche e controlli. Un sistema che non è contro l'industria ma che ci deve permettere di essere competitivi, perchè abbiamo tutti gli elementi per diventare il primo centro per il settore farmaceutico in Europa".

Export +14% nel 2014. Nel 2013 l'export farmaceutico in Italia è cresciuto del 14% e negli ultimi 5 anni del 64%. Le aziende hanno determinato il 34% dell'aumento complessivo delle esportazioni manifatturiere in Italia dal 2008 al 2013. Secondo i dati della Banca d'Italia, inoltre, dal 2001 al 2013 la farmaceutica ha aumentato la produttività: +55% rispetto al +1% della media nazionale. L'Istat, rileva Farmindustria, "mostra poi come anche nel 2014 il settore farmaceutico stia dando un forte contributo alla tenuta industriale, con una crescita manifatturiera del 2,6%, ossia oltre 3 volte superiore alla media, pari allo 0,8%". Ed i numeri dell'industria farmaceutica chiariscono il suo peso: 174 fabbriche; 62.300 addetti; 28 miliardi di produzione (71% destinato all'export); 2,3 miliardi di investimenti (1,2 in R&S e 1,1 in produzione).

Un giro d'affari di 28 miliardi. Per produzione ed export in Europa, inoltre, l'Italia **si conferma** seconda. E' preceduta solo dalla Germania per valore della produzione farmaceutica in Ue con 28 miliardi, il 71% destinato all'export. Ai primi posti anche per l'innovazione: in Italia sono impiegati 5.950 ricercatori, che nel 2013 hanno potuto contare su investimenti pari a 1.220 milioni di euro. Le imprese del farmaco finanziano oltre il 90% della ricerca svolta. Un esempio di eccellenza è quello delle biotecnologie, che rappresentano la frontiera dell'innovazione farmaceutica: i farmaci e i vaccini biotech in sviluppo nel mondo sono 907 e in Italia sono attualmente in sviluppo 403 molecole.

Record negativo accesso nuovi

farmaci. A fronte di questi dati positivi, sottolinea Farmindustria, però la spesa pubblica per medicinali in Italia è "più bassa che nella media dei grandi Paesi Ue del 27%", ma "l'Italia detiene il record Ue di vincoli nazionali e regionali per l'accesso ai nuovi farmaci con implicazioni sui tempi, più lunghi rispetto ai big Ue". Tanto che i nuovi medicinali possono essere resi disponibili due anni dopo l'approvazione a livello europeo.

http://www.repubblica.it/salute/2014/07/03/news/la_scommessa_di_farmindustria_pronti_investire_1_5_mld_per_2000_posti_di_lavoro-90582895/

aruba.it

Il Made in Italy è solo **.it**
Registra un .it a solo 3⁹⁹€*

Scopri l'offerta

OFFERTA VALIDA FINO AL 31/07/2014

domenica²⁴ casa²⁴ moda²⁴ food²⁴ motori²⁴ job²⁴ stream²⁴ viaggi²⁴ salute²⁴ shopping²⁴ radio²⁴ altri

Cerca

MY

Accedi

Abbonati subito!
Il Sole 24 ORE BUSINESS CLASS



Milano
29°
(cambia)

Il Sole **24 ORE**
ITALIA & MONDO

Giovedì • 03 Luglio 2014 • Aggiornato alle 13:07

NEW! Quotidiano del Diritto

English version

Professioni e Imprese²⁴

Formazione Eventi

Banche dati

Servizi

Versione digitale



HOME **ITALIA & MONDO** NORME & TRIBUTI FINANZA & MERCATI IMPRESA & TERRITORI NOVA²⁴ TECH PLUS²⁴ RISPARMIO COMMENTI & INCHIESTE STRUMENTI DI LAVORO STORE²⁴ Acquista & abbonati

Italia Mondo²⁴ Europa USA Americhe Medio Oriente e Africa Asia e Oceania Sport

Notizie ▶ Italia

Farindustria: pronti ad investire 1,5 miliardi in 3 anni, ma servono regole certe

3 luglio 2014

Tweet 0 Consiglia 4 +1 0 My24



Regole certe per tornare a investire e contribuire alla "ripartenza" dell'economia italiana. Lo chiedono oggi le aziende farmaceutiche di Farindustria, pronte a mettere sul tavolo almeno un miliardo e mezzo di euro nei prossimi tre anni, di cui 470 milioni già dichiarati, con la possibilità di creare 2.000 nuove opportunità di lavoro per i giovani. «Oggi - ha spiegato il presidente Massimo Scaccabarozzi, nel corso dell'assemblea annuale dell'associazione riunita al teatro Argentina di Roma - ci sono le condizioni per creare lavoro. Servono però stabilità normativa e certezza delle regole».

Italia possibile hub farmaceutico d'Europa

All'Italia, secondo il presidente Farindustria, serve «una governance farmaceutica più efficiente», una burocrazia più semplice e «un contesto più attrattivo per l'innovazione, cuore pulsante dell'attività delle imprese e impegno verso i pazienti». In uno scenario rinnovato fatto di regole certe e burocrazia semplificata il nostro paese potrebbe quindi diventare l'hub farmaceutico d'Europa, «grazie ad un ampio numero di imprese e di fabbriche, una solida base produttiva resa competitiva da risorse umane di grande qualità, vera eccellenza del nostro Paese, con il 90% di laureati e diplomati. E all'export di medicinali che ha permesso all'Italia di conquistare, negli ultimi tre anni, il titolo di 'campione del mondo».

Ricerca finanziata al 90% da imprese del farmaco

IN QUESTO ARTICOLO

Argomenti: Sanità | Italia | Farindustria | Massimo Scaccabarozzi

NEWSLETTER del **GME**
Gestore Mercati Energetici
Relazione Annuale del GME 2013
Presentazione
Roma, martedì 8 luglio 2014

ULTIMI DI SEZIONE



NEL WEEKEND

Ondata di caldo africano al Centrosud, afa e qualche temporale al Nord

L'eccellenza delle risorse umane, secondo uno studio di Farmindustria, rappresenta il principale fattore competitivo per gli investimenti in Italia. Altri segni positivi sono l'indotto, che crea importanti sinergie, e la qualità delle strutture cliniche. Tra i fattori di svantaggio, invece, l'inefficienza della burocrazia, la tassazione, la complessità della normativa del lavoro e l'instabilità del quadro regolatorio. In Italia, sottolinea Farmindustria, sono impiegati 5.950 ricercatori che nel 2013 hanno potuto contare su investimenti pari a 1.220 milioni di euro. Le imprese del farmaco finanziano oltre il 90% della ricerca svolta in Italia. Nella ricerca e sviluppo, l'industria farmaceutica rappresenta l'11% degli investimenti e il 7,2% degli addetti del totale manifatturiero. Insieme alle piccole imprese biotech del farmaco il comparto genera investimenti pari a 1.385 milioni, il 7% del totale della ricerca svolta in Italia.

CLICCA PER CONDIVIDERE



©RIPRODUZIONE RISERVATA

COMMENTA LA NOTIZIA

Leggi e scrivi

TAG: [Sanità](#), [Italia](#), [Farmindustria](#), [Massimo Scaccabarozzi](#)

ANNUNCI GOOGLE

Samsung Galaxy Tab4 4g

Unisciti Ora al Gruppo d'Acquisto Compralo su CoopOnline a Solo 329€
cooponline.it/Tablet_Galaxy_Tab4

Prestiti Pensionati INPS

Tasso Agevolato Fino a 80.000 € Richiedi Ora Preventivo!
www.convenzioneinps.it

Promozione Media World.

Scopri le Offerte Media World. Tasso Zero per Te fino al 13/7!
www.mediaworld.it

Lascia il primo commento a questo articolo

Scrivi il tuo commento

Accedi

Registrati

Entra nella community per lasciare un commento

Leggi [Termini e condizioni](#)

Leggi [Regole della Community](#)

Invia

Permalink

<http://www.ilssole24ore.com/art/notizie/2014-07-03/farmindustria-pronti-ad-investire-15-n>



CASA24 PLUS

Istat, prezzi delle case in calo del 10% in quattro anni

di Paola Dezza



ESTREMISMO ISLAMICO

Allarme terrorismo: aumenta la sicurezza sui voli per gli Stati Uniti



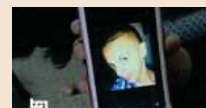
MISTERIOSO OMICIDIO A ROMA

Ucciso il «cassiere» di Mokbel: era stato implicato nella truffa Fastweb-Telecom Italia Sparkle



IL NUOVO PROGRAMMA

Radio 24, sabato in onda «Platone, la caverna dell'informazione»



MEDIORIENTE

I palestinesi preparano il funerale del 17enne ucciso. Raid su Gaza

Tutto su Notizie?

Mi piace < 4,6mila

I PIÙ LETTI

OGGI CONDIVISI VIDEO FOTO MESE

- 1 **Renzi e la «generazione Telemaco». Ti riconosci o ti senti più Amleto? - Il Sole 24 ORE**
- 2 **Curarsi con il cibo / Lo scienziato e lo chef**
- 3 **Conti di deposito, sorpresa a giugno: tornano a salire i tassi a lunga scadenza - Il Sole 24 ORE**
- 4 **Curarsi con il cibo / Insalata di menta fresca alle mandorle grigliate**
- 5 **Curarsi con il cibo / Gazpacho pomodoro e fichi freschi**

ASSEMBLEA PUBBLICA

**Farindustria investirà
 1,5 miliardi in tre anni**

■ Le aziende farmaceutiche sono pronte a investire almeno 1,5 miliardi di euro nei prossimi tre anni, creando 2 mila opportunità di lavoro per i giovani. È il passaggio forte dell'assemblea pubblica di Farindustria che si è svolta ieri a Roma. «Un'inversione di tendenza che fa bene all'Italia e alla sua economia», ha sottolineato il presidente Massimo Scaccabarozzi. La parola d'ordine, quindi, è crescere con il contributo delle produzioni di qualità e di grande contenuto innovativo. Oggi, del resto, la nostra industria farmaceutica è considerata una nuova specializzazione del *made in Italy*. Nella classifica Ue per produzione, infatti, siamo preceduti solo dalla Germania. L'Italia, quindi, come *hub* farmaceutico d'Europa, grazie a un ampio numero di imprese e a una solida base produttiva resa competitiva da risorse umane di grande qualità. Ma anche grazie all'export che negli ultimi tre anni ci ha fatto conquistare il titolo di «campione del mondo». Tuttavia, c'è un però: «Vogliamo costruire il futuro senza il continuo timore di ostacoli o blocchi: dicono gli imprenditori - c'è bisogno di velocizzare le procedure burocratiche e accelerare l'accesso all'innovazione frenato da troppi vincoli».



PRESIDENTE
 Massimo
 Scaccabarozzi

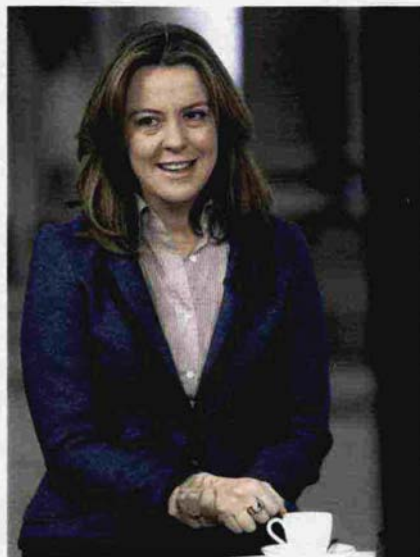
AR



Cure antitumorali

Malati e pure beffati

È di nuovo guerra per allungare il triste elenco dei tumori più rari ammessi all'esenzione del pagamento dei farmaci e delle prestazioni mediche. Il problema è stato sollevato di nuovo dall'Associazione Dossetti che a questo scopo ha presentato una bozza di proposta di legge. La polemica si è riaccesa perché nella bozza di Piano nazionale 2013-2016 per le malattie rare approvata dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin e trasmessa alla Conferenza Stato-Regioni si legge: "... se si escludono i tumori rari, che non sono inseriti nell'elenco...". E poiché quell'elenco, ormai superato dalle nuove scoperte, non è stato modificato ne consegue che, dei circa 60 mila casi di neoplasie poco comuni diagnosticate ogni anno, solo pochissimi potranno godere della totale gratuità delle cure: coloro che si sono ammalati di uno dei sei tumori (su oltre seicento censiti) inseriti nella lista allegata al decreto ministeriale 279/2001. Tutti gli altri dovranno pagarsi da sé cure molto costose: «La domanda di medicinali per queste malattie è molto scarsa», spiega Claudio Giustozzi, presidente dell'associazione Dossetti, «mentre la spesa delle aziende farmaceutiche per ricerca e produzione è



IL MINISTRO DELLA SANITÀ BEATRICE LORENZIN

notevole. Così, per rientrare dei costi, vendono queste medicine a caro prezzo». Ora la proposta per estendere la gratuità delle cure a tutti i tumori rari c'è, si cercano parlamentari disposti a farla propria. **A. Mas.**

Riservato

Cure antitumorali
Malati e pure beffati

UNA PRESUNIONE
ANCHE COSÌ
HA IL SUO MOSE

Plus
Quest'edicola è antimafia

Novità
Dieci gatti al San Paolo

Scienze ALIMENTAZIONE

La rivincita dei GRASSI

Colpevoli di infarti, ictus e sovrappeso. Li abbiamo spazzati via dalla dieta. Ma molti studi dimostrano che è stato un errore. Mentre aumentano diabete e obesità

DI BRYAN WALSH

Nel 1977, l'anno prima della mia nascita, una Commissione del Senato diretta da George McGovern pubblicò un documento destinato a diventare una pietra miliare intitolato "Obiettivi sull'alimentazione negli Stati Uniti", in cui si esortavano gli Americani a consumare meno carni rosse ad alto contenuto di grassi, uova e latticini e a sostituirli con un maggiore apporto calorico di frutta, verdura e soprattutto carboidrati.

Già nel 1980 questi principi erano stati ufficialmente codificati: il Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti (Usda) aveva pubblicato le sue prime linee guida sull'alimentazione nelle quali una delle direttive fondamentali consisteva nella riduzione dell'apporto di colesterolo e di ogni tipo di grassi. I National Institutes of Health raccomandavano a tutti gli americani al di sopra dei 2 anni di ridurre i consumi di alimenti grassi e quello stesso anno il governo annunciò i risultati di uno studio costato 150 milioni di dollari da cui era emerso un messaggio molto chiaro: assumere alimenti contenenti meno grassi e colesterolo per ridurre il rischio di infarto.

L'industria alimentare e le abitudini degli americani non tardarono ad adeguarsi alle nuove direttive: le scansioni dei supermercati

si riempirono di yogurt light, pasti da preparare nel micro-onde a basso contenuto di grassi, ~~snack~~ aromatizzati al formaggio e biscotti. Le famiglie come la mia si allinearono a questi principi: la carne di manzo scomparve dai nostri piatti, le uova vennero sostituite a colazione dai cereali o da frullati a base di chiara d'uovo e il latte intero venne quasi completamente estromesso dalla nostra dieta. Dal 1977 al 2012 i consumi pro-capite di questi alimenti subirono una drastica riduzione accompagnata dall'aumento delle calorie provenienti dai presumibilmente più sani carboidrati.

Quasi 40 anni dopo, i risultati dimostrano che si è trattato di un esperimento fallimentare: gli americani mangiano meno grassi, praticamente di ogni genere e natura, ma sono meno sani che mai. La prevalenza del diabete di Tipo 2 negli Usa è aumentata del 166 per cento dal 1980 al 2012, quasi un adulto su 10 soffre di questa patologia che costa al sistema sanitario del paese 245 miliardi di dollari all'anno, a fronte di una stima di 86 milioni di persone affette da pre-diabete. La mortalità per patologie cardiache è diminuita, fatto che molti esperti attribuiscono al miglioramento del sistema di gestione delle emergenze, alla riduzione del fumo e all'ampio uso di farmaci ipocolesterolizzanti come le statine, ma le malattie cardiovascolari rimangono la pri-

ma causa di morte del paese. Anche l'incremento dei livelli di attività fisica non è servito a rendere più sani gli americani. Oltre un terzo della popolazione soffre di obesità e gli Stati Uniti sono uno dei paesi più grassi in un pianeta che diventa complessivamente sempre più grasso. «Agli americani è stato detto di ridurre l'apporto di grassi per perdere peso e ridurre il rischio di malattie cardiache», dice David Ludwig, direttore del New Balance Foundation Obesity Prevention Center del Boston Children's Hospital: «Ma i dati raccolti mostrano esattamente il contrario».

Dimostrare la veridicità di questa affermazione però non è facile, nonostante il supporto dei dati disponibili. «Si tratta di un grande cambiamento di paradigma in ambito scientifico», afferma Eric Westman, direttore della Duke Lifestyle Medicine Clinic, che lavora con pazienti che seguono diete a bassissimo contenuto di carboidrati: «Ma gli studi che ne confermano la validità esistono».

Aumentano le ricerche che contestano l'idea in base alla quale i grassi fanno ingrassare e sono importanti fattori di rischio di sviluppare malattie cardiache. La posta in gioco è alta: per i ricercatori, per le agenzie che si occupano di salute pubblica e per la gente comune che vuole semplicemente sapere cosa mettere nel piatto. ▶

SELPRESS
www.selpress.com

Com'è cambiata l'alimentazione dagli anni Settanta



DATI IN PERCENTUALE



PRODOTTI A BASE DI MAIS

Il mais è diventato un alimento fondamentale nell'alimentazione



LATTE SCREMATO

Il latte magro è spesso arricchito di dolcificanti



POLLO

I consumi sono quasi equivalenti a quelli di manzo



TACCHINO

A basso tenore di grassi, ma anche poche vitamine



GRASSI E OLI AGGIUNTI

Ampiamente utilizzati negli alimenti trasformati

+8.853

SCIROPPO DI MAIS AD ALTO CONTENUTO DI FRUTTOSIO

I sussidi per la produzione di mais hanno fatto sì che diventasse molto meno caro e diffuso



PRODOTTI A BASE DI MAIS +198
VERDURE -3
BURRO -8
UOVA -21
MANZO -29
ZUCCHERO RAFFINATO -35



LATTE INTERO

Una tazza contiene 5 grammi di grassi saturi, il 23% della quantità stabilita



ZUCCHERO BIANCO RAFFINATO

Si consumano meno dolci



MANZO

Ridotti i consumi di carni rosse a favore delle carni bianche



UOVA

Il tuorlo contiene colesterolo



VERDURE

La speranza che si riducessero i consumi di grassi a favore di quelli di verdure è andata delusa, almeno stando ai dati degli Stati Uniti



BURRO

Sostituito in parte dalla margarina, che invece è molto meno salutare



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

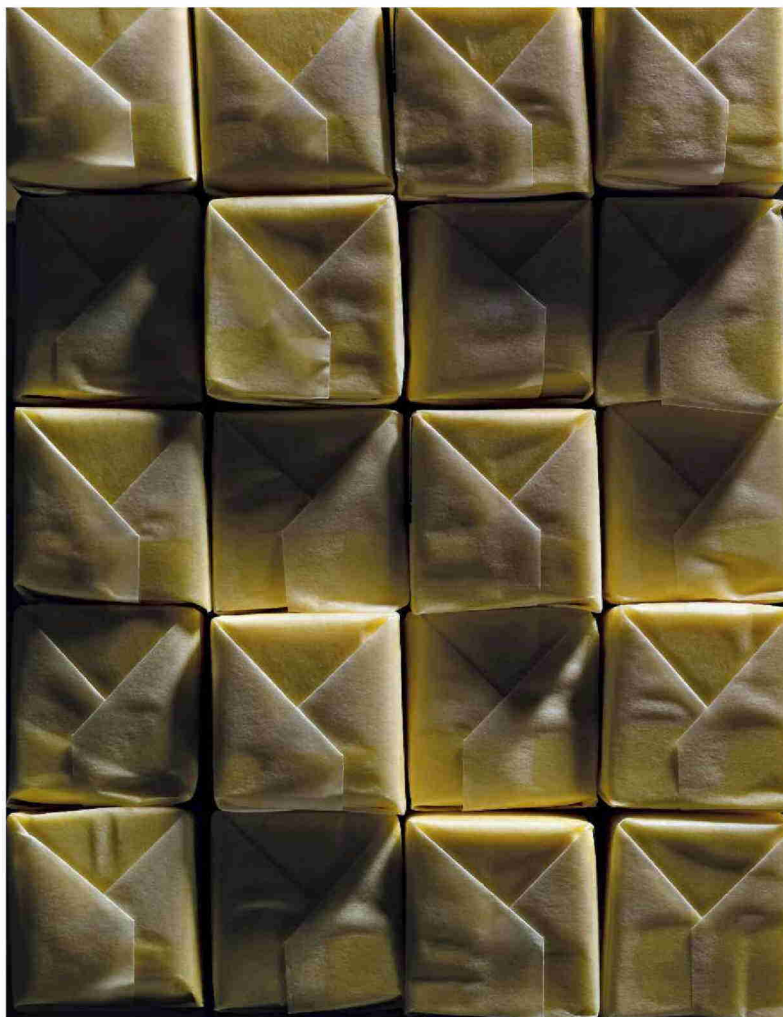
■ SELPRESS ■
www.selpress.com

Scienze

Già da tempo sappiamo che i grassi presenti in alimenti di origine vegetale come le olive e nel pesce come il salmone possono avere un effetto protettivo per il cuore. I dati dimostrano in maniera sempre più evidente che anche i grassi saturi presenti in una fetta di bistecca a media cottura o in una fetta di burro hanno un effetto più complesso e, in alcuni casi, più favorevole sul corpo umano di quanto si ritenesse in precedenza. La campagna di demonizzazione dei grassi portata avanti negli Stati Uniti potrebbe essere stata controproducente a livelli che solo ora cominciamo a comprendere.

Le nuove ricerche indicano che l'eccessivo consumo di carboidrati, zuccheri e dolcificanti è il principale responsabile dell'epidemia di obesità e di diabete di Tipo due: i carboidrati raffinati, come quelli contenuti nel pane di frumento, gli zuccheri occulti, i cracker light e la pasta causano alterazioni della composizione chimica del sangue che inducono l'organismo ad accumulare le calorie sotto forma di grasso e intensificano il senso di fame, rendendo molto più difficile la perdita di peso. «Le argomentazioni contro i grassi erano totalmente erronee», afferma Robert Lustig, pediatra presso l'Università della California di San Francisco e Presidente dell'Institute for Responsible Nutrition: «Abbiamo solo sostituito una malattia con un'altra».

L'interpretazione miope del ruolo dei grassi ha introdotto una distorsione di fondo nella dieta americana e ha contribuito a causare la più grave crisi sanitaria mai sperimentata dagli Stati Uniti. È arrivato il momento di mettere fine a questa guerra.



LA SCOPERTA DEL MEDITERRANEO

Il messaggio antigrasso è diventato comunque a poco a poco mainstream e già negli anni Ottanta era stato adottato dalla medicina e dalla moderna scienza della nutrizione ricevendo un consenso di base

praticamente inattaccabile. Walter Willett, ora responsabile del Dipartimento di Nutrizione della Harvard School of Public Health, mi ha riferito che verso la metà degli anni Novanta aveva raccolto dati contrari alla teoria di demonizzazione dei

My name is Keys, Ancel Keys

A volte la ricerca si scontra con una personalità forte come quella del Dott. Ancel Keys, l'imperioso fisiologo che gettò le basi della lotta contro i grassi. Keys si fece un nome durante la Seconda Guerra Mondiale, quando sviluppò per l'Esercito degli Stati Uniti la razione K, una razione individuale non deperibile e pronta per il consumo, trasportabile dai soldati nel corso di operazioni di combattimento. Fu però negli anni successivi che esplose negli Usa la paura delle malattie cardiache, spinta anche dall'infarto del Presidente Eisenhower nel 1955, quando causarono quasi la metà dei morti del paese, molti erano uomini apparentemente sani colpiti improvvisamente.

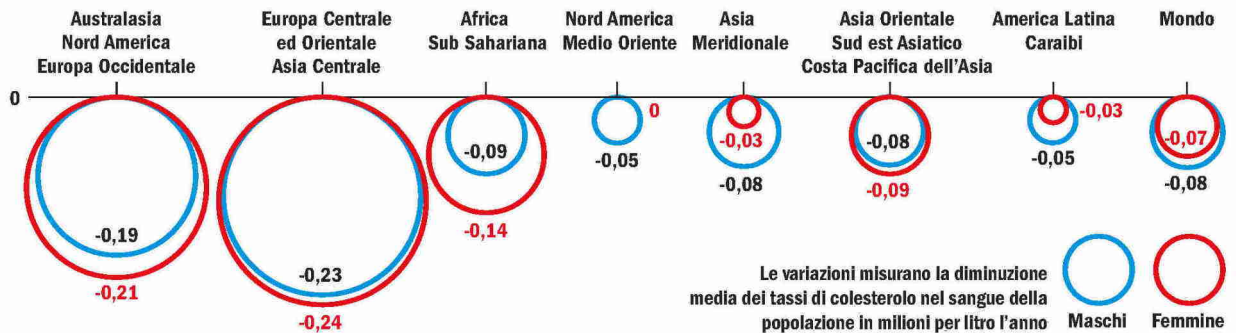
Keys fu in grado di spiegarlo: elevati livelli di colesterolo, una sostanza di consistenza cerosa simile ai lipidi contenuta in alcuni alimenti e naturalmente presente nell'organismo, portavano all'occlusione delle arterie e quindi alla malattia cardiaca. E offriva anche la soluzione del problema: dato che l'assunzione di grassi aumenta il colesterolo Ldl, la riduzione dell'apporto lipidico della dieta avrebbe portato alla diminuzione del rischio di infarto. I livelli di colesterolo Ldl sono considerati indicatori di cardiopatia, mentre l'Hdl sembra avere una funzione cardioprotettiva. Negli anni '50 e '60, Keys cercò di dar corpo alla sua ipotesi viaggiando per il mondo per raccogliere dati.

Il suo famoso Seven Country Study definì che le persone che seguivano una dieta a basso contenuto di grassi saturi avevano una minore incidenza di malattie cardiovascolari e che la dieta occidentale, ricca di carne e latticini, era correlata con una elevata frequenza di cardiopatie. E fornì le basi alle ricerche successive tanto da essere citato in bibliografia oltre a milione di volte. La demonizzazione dei grassi era anche però perfettamente in linea con le teorie emergenti sul controllo del peso che si concentravano sul confronto fra apporto e dispendio calorico. E dato che i grassi contengono più calorie per grammo rispetto a proteine e carboidrati, l'idea era che eliminando i grassi si sarebbero ridotte anche le calorie. Ma la ricerca di Keys aveva, dei problemi:

SELPRESS ■
www.selpress.com

Morte al colesterolo

Variazione nei livelli di colesterolo (1980-2008)



grassi che nessuna delle principali riviste scientifiche americane era disposta a pubblicare. «C'era la radicata convinzione che i grassi saturi fossero la causa delle malattie cardiache e una forte resistenza ad accettare qualsiasi dato contrario a tale tesi», afferma. Willett aveva condotto uno studio epidemiologico a lungo termine seguendo la dieta e le condizioni cardiache di oltre 40 mila uomini di mezza età e aveva riscontrato che se i suoi soggetti sostituivano gli alimenti ricchi di grassi saturi con i carboidrati non riportavano comunque alcuna riduzione dell'incidenza di malattie cardiache. La sua ricerca è stata infine pubblicata sul «British Medical Journal» nel 1996.

Grazie anche al lavoro di Willett il dibattito sui grassi è iniziato gradualmente a cambiare e si sono cominciati a scoprire i benefici per la salute del cuore dei grassi saturi e polinsaturi presenti in alcune verdure e determinati tipi di pesce. La **dieta mediterranea**, ricca di pesce, frutta secca, vegetali e olio d'oliva acquista sempre più popolarità, pur non essendo assolutamente una dieta a basso contenu-

to di grassi. Infatti, quasi il 40 per cento dell'apporto calorico deriva da grassi poli e monoinsaturi. Attualmente, centri medici importanti come la Mayo Clinic prescrivono questa dieta ai pazienti con problemi cardiaci e perfino la grasso-fobica American Heart Association (Aha) è diventata recettiva a questo messaggio.

VERITÀ SUL BURRO

A proposito dei grassi saturi la saggezza popolare è stata più difficile da sradicare. Le linee guida sull'alimentazione del Usda del 2010 raccomandano agli americani di assumere meno del 10 per cento dell'apporto calorico giornaliero dai grassi saturi, equivalente a mezzo hamburger senza il formaggio, la pancetta e la maionese utilizzati in genere come condimento. L'Aha stabilisce regole ancora più severe: gli americani al di sopra dei 2 anni di età devono limitare l'apporto di grassi saturi a meno del 7 per cento delle calorie e i 70 milioni di americani che dovrebbero ridurre i propri livelli di colesterolo dovrebbero mantenersi al di sotto del 6 per cento dell'apporto calorico, equivalente a due fettine di formaggio al giorno. Alcuni esperti affermano di non disporre dei dati necessari a smentire il ruolo negativo dei grassi saturi. «Quando si sostituiscono i grassi saturi con quelli polinsaturi e monoinsaturi, si ottiene una riduzione dei livelli di colesterolo Ldl», sostiene Robert Eckel, ex-Presidente dell'Aha e co-autore delle recenti linee guida del gruppo: «E per me questo è più che sufficiente». Instintivamente, l'idea che i grassi saturi siano nocivi per l'organismo sembra che abbia senso, e non soltanto perché utilizziamo la stessa frase per descrivere sia il grasso che dà sapore alla nostra bistecca che i chili che ci portiamo addosso intorno al giro vita. Dal punto di vista chimico non c'è nessuna differenza. I grassi che scorrono nel nostro sangue e si accumulano sui fianchi si chia-

mano trigliceridi ed è stato dimostrato che alti livelli di trigliceridi sono associati al rischio di malattia cardiaca. Non ci vuole un grande sforzo di immaginazione per comprendere che assumere grassi fa ingrassare, occlude le arterie e causa patologie cardiache.

Ma quando si passa all'analisi dei numeri, anche per gli scienziati il collegamento fra grassi saturi e malattie cardiovascolari diventa più labile. Una meta-analisi del 2010 (una meta-analisi è fondamentalmente uno studio di altri studi) ha indicato che non esistono dati significativi a dimostrazione del fatto che i grassi saturi sono associati a un aumentato rischio di patologia cardiovascolare. Tali risultati sono stati confermati da un'altra meta-analisi pubblicata a marzo su «Annals of Internal Medicine» riguardante quasi 80 studi su un totale di oltre mezzo milioni di soggetti. Un gruppo di ricerca guidato da Rajiv Chowdhury, epidemiologo cardiovascolare dell'Università di Cambridge, ha concluso che le evidenze attualmente disponibili non confermano l'utilità di un basso apporto di grassi saturi o di un elevato apporto di grassi polinsaturi, spesso considerati più salutari per il cuore.

RIPENSIAMO ALLA CARNE

Dato che il dibattito sul ruolo dei grassi saturi era da tempo considerato chiuso, anche le richieste avanzate da molti fronti di riesaminare i dati disponibili rappresentano una grande svolta. Anche se le nuove teorie sul ruolo dei grassi saturi possono risultare sorprendenti, questo può essere dovuto a un equivoco di fondo sugli effetti della carne e dei latticini sul nostro organismo. È stato dimostrato in maniera incontrovertibile che i grassi saturi causano l'aumento dei livelli di colesterolo Ldl che sono associati a un maggiore rischio di malattia cardiaca. E questa è la prova biologica di condanna dei ▶

l'autore aveva selezionato i propri dati, escludendo paesi come la Francia e la Germania Ovest caratterizzati da diete ad alto contenuto di grassi e basse incidenze di malattie cardiache. Aveva preso a esempio Creta dove la alimentazione era praticamente priva di carne e di formaggi e la popolazione era longeva ed esente da problemi di occlusione delle arterie, ma Keys l'aveva visitata negli anni immediatamente successivi alla Seconda Guerra Mondiale quando l'isola aveva un'alimentazione artificialmente magra. Le incrollabili certezze di Keys, insieme alla determinazione a smentire qualsiasi ricercatore contrario alle sue teorie, svolsero comunque un ruolo importante almeno quanto l'enorme mole di dati da lui raccolta.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Foto: Gallery Stock

Scienze

grassi saturi. Ma il colesterolo è una cosa molto più complicata: i grassi saturi causano anche l'incremento del colesterolo Hdl, il cosiddetto colesterolo buono, che serve a rimuovere l'Ldl che si accumula sulle pareti delle arterie. Con l'aumento di Hdl e Ldl, i grassi saturi finiscono per fare un "lavaggio cardiaco".

Inoltre, gli scienziati ora sanno che esistono due tipi di particelle di Ldl, piccole e dense e grandi e cotonose: le grandi sono apparentemente innocue, ed è il livello di queste che aumenta in seguito all'assunzione dei grassi. Pare invece che l'assunzione di carboidrati porti all'incremento delle particelle piccole e appiccicose che sembrano correlate all'insorgenza della malattia cardiaca. «Queste osservazioni mi hanno indotto a riflettere se i dati relativi alla correlazione esistente fra apporto di grassi saturi e patologia cardiaca fossero effettivamente convincenti», riferisce Ronald Krauss, cardiologo e ricercatore che ha svolto importanti studi pionieristici sul ruolo del colesterolo Ldl: «C'è il rischio di essere andati nella direzione sbagliata concentrandosi sul colesterolo Ldl invece che sulle particelle di Ldl come fattori di rischio.»

È importante comprendere che non esiste la possibilità di usare un placebo negli studi sull'alimentazione. Quando riduciamo i livelli di una sostanza nutritiva dobbiamo sostituirli con qualcos'altro: questo significa che i ricercatori studiano sempre le sostanze nutritive le une rispetto alle altre. Bisogna anche considerare che le nuove teorie scientifiche non suggeriscono di raddoppiare il consumo di hamburger e assumere grandi quantità di burro con il caffè del mattino, come indicano alcuni fautori delle diete a bassissimo apporto di carboidrati. Anche se i dati dimostrano in maniera sempre più convincente che i grassi saturi hanno nel peggiore dei casi un effetto neutrale su obesità e cardiopatia, sembra che altre tipologie di grassi potrebbero avere un ruolo maggiormente favorevole. Alcuni dati indicano che gli omega 3, i grassi presenti nei semi di lino e nel salmone, possono avere un ruolo protettivo per il cuore. Uno studio pubblicato nel 2013 sul "New England Journal of Medicine" afferma che una dieta ricca di grassi poli e monoinsaturi contribuisce a ridurre in maniera significativa il rischio di eventi cardiovascolari importanti.

Anche la categoria dei grassi saturi è estremamente variegata. Uno studio del 2012 indicava che i grassi contenuti nei latticini potrebbero avere un effetto più protettivo di quelli contenuti nella carne. «La questione principale in questo caso è di tipo comparativo», sostiene Frank Hu, esperto di nutrizione dell'Harvard School of Public Health: «Con che cosa si confrontano i grassi saturi?».

SOSTITUTI PERICOLOSI

L'industria alimentare è estremamente creativa: di fronte alla fatwa lanciata contro i grassi negli anni '80, le aziende si sono adattate, riempiendo le scansioni dei supermercati con biscotti, cracker e dolci a basso contenuto di grassi. Il messaggio da passare ai consumatori era facile: il grasso è pericoloso e questo prodotto non

contiene grassi, quindi implicitamente deve essere sano. «Abbiamo semplicemente ridotto i grassi e introdotto una grande quantità di cibo spazzatura light con conseguente aumento dell'apporto di calorie», afferma David Katz, direttore e fondatore del Prevention Research Center della Università di Yale: «Una dieta con conseguenze che sono andate oltre le intenzioni di partenza».

E sono state conseguenze molto gravi: dal 1971 al 2000, la percentuale di calorie derivanti dai carboidrati è aumentata di quasi il 15 per cento, mentre l'apporto calorico derivante dai grassi ha subito un calo, in linea con le raccomandazioni degli esperti. Nel 1992, lo Usda indicava un massimo di 11 porzioni al giorno di cereali, rispetto a solo due o tre porzioni

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



ELIMINATE BISTECHE E FORMAGGI, ABBIAMO ABBONDATO IN CEREALI E ZUCCHERI. E GLI ALIMENTI INDUSTRIALI SONO RICCHI DI SCIROPPI

di carne, uova, frutta secca, fagioli e pesce combinati. I distretti scolastici di tutti gli Stati Uniti hanno bandito il latte intero, mentre il latte dolcificato con cioccolato può rimanere nel menu, purchè ovviamente sia a basso contenuto di grassi.

L'idea di fondo era quindi in parte di ridurre il numero di calorie, ma gli americani hanno finito per mangiare di più: 2.586 calorie al giorno nel 2010 rispetto a 2.109 nel 1970. Nello stesso periodo, l'apporto calorico derivante da farine e cereali è aumentato del 42 per cento mentre obesità e diabete di Tipo 2 sono diventate epidemie. «È innegabile che siamo andati nella direzione sbagliata», sostiene Jeff Volek, fisiologo dell'Università del Connecticut.

Può essere difficile capire perché una dieta a elevato contenuto di carboidrati raffinati possa causare obesità e diabete. È una questione che riguarda la composizione chimica del sangue: i carboidrati semplici come il pane e il mais certo non hanno l'aspetto di zuccheri quando sono nel nostro piatto, ma vengono proprio convertiti in zuccheri durante la digestione all'interno del nostro organismo. «Per il nostro corpo un panino non è molto diverso da un sacchetto di Smarties», dice Dariush Mozaffarian, il nuovo preside della Facoltà di Scienza della Nutrizione della Tufts University.

Questi zuccheri stimolano la produzione d'insulina che porta a un eccessivo accumulo di adipociti con conseguente aumento del peso corporeo. Dato che restano poche calorie disponibili per far funzionare il nostro corpo, cominciamo a sentire un senso di fame e il metabolismo comincia a rallentare nel tentativo di risparmiare energia. Mangiamo di più, ingrassiamo di più e non ci sentiamo mai sazi. «La fame è la rovina dei programmi di dimagrimento», dice il Westman della Duke: «Una dieta a basso contenuto di grassi e basso apporto calorico non funziona». Infatti, con il ripetersi di questo processo, le nostre cellule diventano più resistenti all'insulina, con conseguente aumento di peso e incremento della resistenza insulinica: si crea così un circolo vizioso. Obesità, diabete di Tipo 2, trigliceridi alti e Hdl basso sono tutte conseguenze potenziali di questo processo, all'interno del quale i grassi svolgono un ruolo estremamente secondario. Abbiamo capito che non tutte le calorie sono uguali. «Se ci concentriamo sui

grassi, i carboidrati inevitabilmente aumentano», sostiene Ludwig, co-autore di un articolo su questo argomento recentemente pubblicato su "Jama": «Non daremmo il lattosio a chi soffre d'intolleranza, eppure diamo i carboidrati alle persone che sono intolleranti ai carboidrati».

Gli studi di Westman hanno rivelato che la sostituzione dei carboidrati con i grassi potrebbe servire a curare e anche a contrastare il diabete. Uno studio del 2008 pubblicato sul "New England Journal of Medicine" e che riguardava oltre 300 persone che seguivano o una dieta a basso contenuto di carboidrati o a basso contenuto di grassi o una dieta mediterranea, ha evidenziato che quelli con alimentazione a basso tenore di grassi perdevano meno peso dei soggetti che seguivano la dieta con basso tenore di carboidrati o la mediterranea, che contenevano entrambe elevate quantità di grassi. Tali risultati non sono sorprendenti: diversi studi hanno evidenziato che è molto difficile perdere peso con una dieta a bassissimo contenuto di grassi, forse perché grassi e carni producono un senso di sazietà meno raggiungibile con i carboidrati, ed è quindi più facile mangiare di meno.

Non tutti gli esperti concordano con questa conclusione. Dear Ornish, fondatore del Preventive Research Institute, un ente no-profit che ha elaborato una dieta a basso contenuto di grassi quasi vegana che uno studio ha dimostrato essere in grado di contrastare l'occlusione delle arterie, teme però che l'incremento del consumo di proteine di origine animale possa comportare altri problemi per la salute, come indicato in alcuni studi che hanno dimostrato la correlazione fra consumo di carni rosse e aumentato rischio di tumori del colon.

La battaglia sui grassi non si è ancora conclusa. Le abitudini dei consumatori sono profondamente radicate e intere industrie hanno prosperato sulla demonizzazione dei grassi e anche la televisione è affollata di reality sulla perdita di peso.

Perfino gli esperti come il Dott. Hu di

Harvard, che afferma che non ci si dovrebbe preoccupare dei grassi totali, non accettano di assolvere completamente i grassi saturi. «Quello che mi preoccupa è che se la gente recepisce il messaggio che i grassi saturi non fanno male, comincerà ad adottare abitudini poco salutari. Dovremmo concentrarci sulla qualità degli alimenti, sul cibo che effettivamente mangiamo».

Quasi tutti gli esperti concordano che gli americani sarebbero più sani se la loro dieta fosse veramente composta da una maggior quantità di quello che lo scrittore Michael Pollan definisce senza mezzi termini "real food". Il drammatico aumento dell'obesità negli ultimi decenni non è soltanto il risultato dei danni causati dai carboidrati al metabolismo degli americani. Gli americani assumono sempre di più cibi sviluppati appositamente dall'industria alimentare con l'intento di stimolare il desiderio di assunzione. Alcuni dati dimostrano che già i processi di trasformazione portano all'incremento del rischio insito negli alimenti. Ci sono studi che indicano che la carne trasformata può causare l'aumento del rischio di cardiopatia, cosa che invece non avviene nel caso della carne non trasformata.

Che decidiamo di cucinare noi gli alimenti o di comprare al volo un fast food da asporto, come mangiamo conta tanto quanto cosa mangiamo. Perciò non dobbiamo sentirci troppo in colpa se mettiamo la panna nel caffè o mangiamo il rosso d'uovo o ci concediamo di tanto in tanto una bistecca in salsa bernese... ma non dobbiamo convincerci neppure che la fine della battaglia contro il grasso significhi che possiamo mangiare a volontà tutti i cibi in offerta al supermercato. Come dice Katz: «La dura verità è che l'unico modo per mangiare bene è mangiare bene». La qual cosa, sono lieto di constatare, non include necessariamente il latte scremato.

traduzione di Gabriella Verdi



TIME e il logo di TIME sono marchi registrati da Time, Inc. utilizzati su licenza. © 2012. Time, Inc. Tutti i diritti riservati. Tradotto da TIME Magazine e pubblicato con il permesso di Time, Inc. È proibita la riproduzione, anche parziale, in ogni forma o mezzo, senza espresso permesso scritto

Contro il cancro al pancreas, un aiuto dalle erbe cinesi

Ancora conferme sulla “Erba del tuono” circa la sua efficacia contro il tumore al pancreas. Ma gli effetti collaterali non sono di poco conto. Lo studio



Una diagnosi di tumore al pancreas non lascia poi così tanta speranza. La sua rapida progressione porta a uno scontato tasso di sopravvivenza, ahimè, molto basso. Ma non tutte le speranze sono perdute. La scienza medica, infatti, attraverso le sue ricerche **sta compiendo passi da gigante** per migliorare – e possibilmente anche prolungare – la vita dei pazienti oncologici, e anche per chi è affetto dal tumore al pancreas, malattia che sta mietendo molte vittime sia nel nostro Paese che in altri come gli USA (luogo in cui è stata condotta una interessante ricerca).

Lo studio, condotto dai ricercatori dell’Università del Minnesota, è stato incentrato sull’estratto di una pianta popolarmente conosciuta in Cina con il nome di “Léi Gōng Teng” (la vite del tuono divino).

Questo particolare tipo di vite **si è dimostrata efficace nel bloccare una proteina** – alias GRP78 – che aiuta le cellule tumorali del pancreas a sopravvivere.

GRP78 sembra essere in grado di proteggere le cellule dalla morte e si trova in quantità abbondanti sia nelle cellule tumorali che in alcuni tessuti organici. Secondo i ricercatori la proteina svolgerebbe un ruolo chiave nella sopravvivenza delle cellule tumorali.

Tirpterygium wilforii, questo il nome scientifico di Léi Gōng Teng, contiene un triptolide deputato, appunto, a sopprimere la famigerata GRP78 e la relativa morte del tumore pancreatico.

Quando i mammiferi utilizzano le proteine nel proprio corpo, adottano un particolare meccanismo chiamato ripiegamento molecolare (Folding protein). Si tratta di un processo che permette alle proteine di ottenere la classica forma tridimensionale. Tale sistema deve avvenire necessariamente nel reticolo endoplasmatico (ER) delle cellule.

Se le proteine non vengono ripiegate velocemente, le proteine non piegate cominciano a edificare e la cellula diventa stressata. Il reticolo endoplasmatico, una volta stressato attiva un processo

denominato “Risposta spiegata della proteina (UPR)”. Ciò comporta **un rilancio della capacità di ripiegamento della cellula** permettendo ad essa di funzionare di nuovo bene. Questo è ciò che dovrebbe accadere, ma che non sempre accade. Quando non ciò non avviene, infatti, l’UPR innesca la morte cellulare.

Ed ecco che interviene una nostra vecchia conoscenza: GRP78. E’ lei che aiuta le cellule a sopravvivere abbastanza a lungo al fine di offrire a UPR la forza di correggere il problema relativo al ripiegamento delle proteine. Il problema è che GRP78 abbonda in quantità nelle cellule cancerogene del cancro al pancreas, **permettendo loro di sfuggire alla morte e di moltiplicarsi.**

Ecco che interviene finalmente il Triptolide estratto da Léi Gōng Teng che blocca la diffusione e lo sviluppo di tale meccanismo, e pertanto delle cellule tumorali.

Dallo studio si è potuto dimostrare come Léi Gōng Teng abbia permesso all’UPR di funzionare correttamente nelle cellule trattate con il triptolide e, allo stesso tempo, ha consentito la morte cellulare nelle cellule non funzionanti.

«Il nostro studio dimostra che, sebbene viene aumentata l’espressione di GRP78, essa conferisce un vantaggio di sopravvivenza alle cellule tumorali, mentre l’esposizione prolungata al triptolide induce lo stress cronico all’ER, che alla fine **porta alla morte cellulare** – afferma il dottor Ashok Saluja, autore principale dello studio – In questo contesto, l’inibizione della GRP78 dall’attivazione del percorso dell’ER stressato dal triptolide offre un nuovo meccanismo per inibire la crescita e la sopravvivenza delle cellule tumorali pancreatiche».

E’ tuttavia bene dire che questo non è il primo studio condotto in merito alle virtù della ”erba del tuono”. La pianta, infatti, era già stata oggetto di ricerche riguardanti il controllo della fertilità maschile (come rimedio contraccettivo) e l’artrite reumatoide, per la quale viene sfruttata da anni in Cina.

Nonostante ciò, pare che **gli effetti collaterali registrati siano diversi**, tra cui perdita di capelli, sanguinamenti, insufficienza ovarica e problemi gastro-intestinali. Per tale motivo, nel mese di agosto 2011, l’inglese Products Regulatory Agency (MHRA) ha deciso di pubblicare un Bollettino sulla sicurezza dei farmaci, con il consiglio di non adoperare quelli contenenti Lei Gong Teng a causa dei possibili effetti collaterali gravi.

A tal proposito è importante tuttavia precisare che l’antica tradizione cinese, per prevenire gli eventuali effetti collaterali, consigliava di **eliminare il rivestimento superficiale della radice**, usando esclusivamente la parte legnosa (Xilema). Tale parte doveva poi essere portata sapientemente a una decozione minima di tre ore e il dosaggio non doveva superare i 9-10 grammi. Riferimenti a questa tecnica sono stati riportati nel testo medico inglese denominato “Chinese Herbal Medicine di D.Bensky” (Third Edition).

<http://www.lastampa.it/2014/07/03/scienza/benessere/medicina-naturale/contro-il-cancro-al-pancreas-un-aiuto-dalle-erbe-cinesi-vXWHoprHAL4HxrVbtDVhoM/pagina.html>

Farmacista33

Interazioni farmaci-alimenti: Aifa raccomanda linee guida Ema e Fda

Ginseng, erba di San Giovanni, pompelmo, liquirizia, cioccolato e alcol sono solo alcuni, tra alimenti, bevande e integratori, che possono interferire sull'efficacia, l'assorbimento e l'effetto terapeutico di un farmaco e dunque compromettere al buon esito di una terapia. È quanto segnalano due linee guida, una curata dall'Ema e aggiornato nel 2013 e una più recente proposta dalla Food and drug administration, entrambe suggerite dall'Aifa. «Cibi e bevande» scrive Aifa in un comunicato «possono influire sull'assorbimento, il metabolismo, la biodisponibilità e l'escrezione del farmaco, renderlo inefficace, potenziarne la tossicità o un particolare effetto collaterale o creare effetti indesiderati anche gravi. Chi assume un medicinale dovrebbe quindi seguire attentamente le avvertenze contenute nel foglio illustrativo e le raccomandazioni del medico prescrittore e rivolgersi al medico e/o al farmacista per qualsiasi dubbio che riguardi le modalità di assunzione del farmaco e le possibili interazioni con i cibi e le bevande nel corso del trattamento». E riporta alcuni esempi. L'alcol può amplificare o ridurre l'effetto di molti medicinali. Il succo di pompelmo andrebbe evitato se si assumono farmaci come ciclosporina, buspirone, chinino (anti-malarico), triazolam, e alcuni farmaci calcio-antagonisti, antistaminici e per l'ipertensione. La liquirizia, se assunta con farmaci a base di digossina usati per trattare l'insufficienza cardiaca congestizia e le anomalie del ritmo cardiaco, può aumentare il rischio di tossicità della digossina. Può rendere anche meno efficaci i farmaci per la pressione arteriosa o i diuretici (tra cui idroclorotiazide e spironolattone). Gli inibitori delle monoamino ossidasi (Mao) non dovrebbero essere assunti con quantità eccessive di cioccolato. La caffeina contenuta nel cioccolato può anche interagire con alcuni stimolanti (metilfenidato), potenziandone il loro effetto, o può contrastare l'effetto di sedativi-ipnotici (zolpidem). E poi ci sono le interazioni con gli integratori. Per esempio, l'erba di San Giovanni (iperico perforato) è un induttore degli enzimi epatici e può ridurre la concentrazione nel sangue di farmaci come la digossina, la lovastatina e il sildenafil. L'assunzione di vitamina E con un farmaco che fluidifica il sangue come il warfarin potenzia l'attività anticoagulante aumentando il rischio di sanguinamento. Anche il ginseng può influire sugli effetti di sanguinamento del warfarin. Inoltre, può rafforzare gli effetti di sanguinamento dell'eparina, dell'aspirina e di farmaci anti-infiammatori non steroidei come l'ibuprofene, il naproxene, il ketoprofene. La combinazione di ginseng con gli inibitori della Mao può causare mal di testa, disturbi del sonno, nervosismo e iperattività. Il Ginkgo biloba ad alte dosi riduce l'efficacia della terapia anticonvulsivante in pazienti che assumono farmaci per il controllo delle crisi epilettiche come quelli a base di carbamazepina e acido valproico. A questo rischio non si sottraggono i farmaci stessi che tra loro possono avere interazioni che sono oggetto di attenzione da parte delle aziende farmaceutiche e delle Agenzie regolatorie già nella fase di sviluppo di un farmaco.

TBC: OMS, NUOVO PIANO PER ELIMINARLA IN 33 PAESI

(AGI) - Roma, 3 lug. - Eliminare la tubercolosi nei paesi a bassa incidenza, 33 in tutto, tra cui l'Italia. E' questo l'obiettivo del nuovo programma di intervento presentato oggi a Roma dall'Organizzazione mondiale della sanita' (Oms) e dall'European respiratory society (Ers). Attualmente, sono 33 i Paesi e i territori dove si contano meno di 100 casi di tubercolosi per milione di abitanti. Il programma di intervento delinea una fase iniziale di "pre-eliminazione", con l'intento di riportare il tasso annuale di nuovi casi di tubercolosi in questi paesi a meno di 10 per milione di persone entro il 2035. L'obiettivo successivo sara' quello di conseguire la completa eliminazione della tubercolosi entro il 2050, definita come meno di 1 caso per milione di persone all'anno. Sebbene la tubercolosi sia prevenibile e curabile, ancora oggi, in queste 33 aree sono 155.000 le persone che ogni anno si ammalano e 10.000 le persone che ne muoiono. Le infezioni, con il conseguente rischio di ammalarsi, colpiscono milioni di individui. Il programma di intervento proposto si basa su approcci che si stanno gia' dimostrando vincenti ed e' stato sviluppato con esperti provenienti dai paesi a bassa incidenza e adattato a partire dalla nuova strategia globale dell'Oms contro la tubercolosi, 2016-35, approvata dall'Assemblea Mondiale della Sanita' lo scorso maggio. "Non prevediamo un budget straordinario per questo nuovo programma", ha precisato Giuseppe Ruocco, Direttore Generale della Prevenzione del Ministero della Salute. Il nuovo programma di intervento dell'Oms mette in evidenza l'efficacia di otto interventi: dal sostegno finanziario all'individuazione dei gruppi piu' vulnerabili su cui intervenire, dall'offerta di servizi speciali allo screening fino alla prevenzione e cura della tubercolosi multi-resistente e alla sorveglianza costante. "I paesi con una bassa incidenza di tubercolosi sono nella posizione ideale per raggiungere livelli storicamente bassi di tubercolosi", ha commentato Mario Raviglione, direttore del Programma Globale per la Tubercolosi dell'Oms. "Possono avere il ruolo di pionieri a livello mondiale", ha aggiunto. "Antibiotici potenti e migliori condizioni di vita hanno quasi debellato la malattia da molti paesi ad alto reddito, ma non abbiamo ancora vinto. E se commettiamo errori adesso, la tubercolosi potrebbe riproporsi, anche con forme piu' resistenti ai farmaci", ha aggiunto Giovanni Battista Migliori dell'Ers. "Invece, se agiamo correttamente e ci impegniamo nuovamente a combattere la malattia, sia nel nostro Paese che all'estero, la tubercolosi, un giorno, non rappresentera' piu' una minaccia per la salute pubblica".

Genetica, personalità, cervello. Ecco chi abuserà di alcol

Identificati più fattori che possono prevedere chi sarà un binge drinker già a 16 anni. Lo studio su 2400 adolescenti pubblicato su Nature



Un cervello più grande della media, la ricerca di sensazioni, la mancanza di coscienza o una storia familiare di uso di droghe: sono questi alcuni dei fattori che consentono di prevedere chi diventerà un binge drinker, cioè un bevitore fino allo sfinimento, già a 16 anni. Alcuni ricercatori, coordinati dall'università del Vermont, sono riusciti infatti ad individuare diversi fattori, tra genetica, 40 diversi variabili e funzioni cerebrali, che consentono di fare questa previsione con un'accuratezza del 70%.

I test sugli adolescenti

Come spiega lo studio pubblicato sulla rivista *Nature*, gli scienziati hanno valutato le immagini dell'attività cerebrale e della struttura del cervello, insieme ad altri dati, come il quoziente intellettivo, le performance cognitive, test di personalità e del sangue di 2.400 adolescenti di 14 anni in otto diversi posti d'Europa. «Il nostro obiettivo era sviluppare un modello per comprendere meglio - precisa Robert Whelan, coordinatore dello studio - l'influenza di ogni fattore, tra genetica, personalità, influenze ambientali e struttura del cervello, negli adolescenti che abusano dell'alcol». Hanno così visto che tra i fattori che consentono di fare una migliore previsione ci sono la personalità, la ricerca di sensazioni, la mancanza di coscienza e una storia familiare di uso di droghe, oltre all'aver bevuto anche un solo drink a 14 anni. A rischio di diventare grandi bevitori sono anche gli adolescenti che hanno vissuto più eventi stressanti e quelli che hanno il cervello più grande, che è più immaturo perché non ha avviato quel processo di ridefinizione cerebrale dove la materia grigia, i neuroni e le connessioni presenti diventano più piccole. I ricercatori sperano di allargare in futuro la loro analisi anche a quei fattori cerebrali che consentono di prevedere l'abuso di droghe.

La ricerca sulle piante OGM nel Paese di Galileo Galilei

Caro Direttore, in vari interventi recenti, la collega e senatrice a vita Elena Cattaneo ha sottolineato che le coltivazioni OGM non sono più rischiose di quelle non-OGM o biologiche e ha affermato che il cosiddetto «principio di precauzione» vada abbandonato, lasciando via libera alla coltivazione delle colture OGM autorizzate dall'Unione Europea e alle sperimentazioni in campo per scopi di ricerca, che finora, nel nostro Paese, sono bloccate. Come ricercatori pubblici che operano in questo settore, concordiamo con Elena Cattaneo: oltre 15 anni di coltivazione e consumo di piante OGM in oltre 25 Paesi non hanno dimostrato rischi sostanziali per la salute dell'uomo e per l'ambiente. In alcuni casi, è stato anzi dimostrato che il mais OGM resistente alla piralide contiene livelli sostanzialmente più bassi di alcune micotossine potenzialmente cancerogene del mais non OGM. Alcune pubblicazioni pubblicizzate sulla stampa internazionale che riportavano rischi delle coltivazioni OGM - come la tossicità per le farfalle monarca del polline di mais OGM o l'induzione di tumori in ratti nutriti con lo stesso mais - non hanno retto alla verifica di ricercatori indipendenti e sono state smentite o ritirate.

Riteniamo che la coltura di piante OGM autorizzate dall'UE a seguito di rigorose serie di controlli, non applicati alle colture tradizionali o biologiche, debba essere permessa anche nel nostro Paese. Riteniamo che la distruzione di colture OGM autorizzate vada considerata per quello che è: un atto illegale, oltre che una dimostrazione della povertà di argomenti di chi la opera. Ogni attività umana legata all'agricoltura, compreso il trasporto di specie vegetali da un continente all'altro, il miglioramento genetico classico, l'agricoltura biologica, non è completamente priva di rischi. I dati finora presentati dimostrano che nel caso delle piante OGM tali rischi sono limitati e non sufficienti a controbilanciare gli aspetti positivi.

Riteniamo che la sperimentazione delle piante OGM da parte del nostro sistema di ricerca pubblico sia la migliore garanzia che tali rischi, se esistono, siano individuati tempestivamente. I contribuenti italiani hanno diritto a una informazione indipendente sui rapporti costi-benefici delle coltivazioni OGM e le nostre aziende sementiere hanno diritto ad accedere alle innovazioni generate dalla ricerca pubblica. I nostri ricercatori non sono da meno di quelli stranieri e sono in grado di fornire al Paese queste informazioni e innovazioni. Troviamo imbarazzante che il Paese che con Galileo Galilei ha inventato il metodo scientifico moderno, ponga limitazioni così forti alla libertà di ricerca in nome di argomentazioni così deboli.

Il fronte anti-OGM sostiene che la brevettazione delle piante OGM impedisce la libertà di ricerca e innovazione, concentrando il controllo delle nostre risorse alimentari nelle mani di poche, grandi multinazionali del seme. Questo rischio esiste, ma ci permettiamo due osservazioni: a) la brevettazione si applica ormai anche alle colture ottenute con il miglioramento genetico classico; b) uno degli elementi che favoriscono la concentrazione è la lunghissima serie di controlli che si applicano alle nuove varietà OGM e che aumentano enormemente i costi del loro rilascio, lasciandoli alla portata di grandi ditte multinazionali. Se il costo del rilascio di una nuova varietà vegetale diventerà

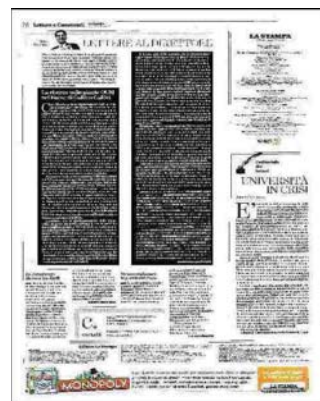
elevato quanto quello di un nuovo farmaco, non bisognerà poi stupirsi se i costi del cibo aumenteranno in proporzione. Occorre studiare un regime che tuteli la libertà di ricerca per tutti gli attori, comprese le piccole aziende sementiere, e la sicurezza dei consumatori. Il regime di protezione intellettuale non può prescindere dal fatto che una nuova pianta non è paragonabile a un nuovo farmaco e che il 99% dei geni che contiene non sono opera dell'ingegno umano, ma di milioni di anni di evoluzione.

Riteniamo che i consumatori sarebbero molto più tutelati da una legislazione che punti l'attenzione sul prodotto (la pianta) piuttosto che sul metodo con cui è stata ottenuta (OGM o incrocio classico). Assistiamo a situazioni paradossali, in cui una nuova varietà vegetale ottenuta tramite incrocio non viene analizzata per il suo contenuto di sostanze tossiche, mentre una varietà OGM passa attraverso una serie infinita di controlli; oppure, che lo stesso prodotto (la proteina insetticida di *Bacillus thuringiensis*) è utilizzato in agricoltura biologica ma è guardato con sospetto se proviene da un gene del medesimo batterio, inserito nel genoma del mais.

Riteniamo infine che la proposta fatta in sede europea - lasciare libero ogni Stato membro di vietare, senza fornire una motivazione, le coltivazioni OGM sul proprio territorio - sia, francamente, pilatesca. Se un OGM è pericoloso, ne va vietata la coltivazione dappertutto, ma se non lo è la coltivazione va ammessa, anche per evitare ritorsioni commerciali basate su posizioni altrettanto irrazionali, che potrebbero danneggiare il Made in Italy agroalimentare.

AMEDEO ALPI ACCADEMICO DELLE SCIENZE; **ROBERTO BASSI** ACCADEMICO DEI LINCEI; **EUGENIO BENVENUTO** ENEA, ROMA; **PAOLA BONFANTE** ACCADEMICO DEI LINCEI; **LUIGI CATTIVELLI** CRA, FIORENZUOLA D'ARDA; **RINO CELLA** UNIV. PAVIA; **ALDO CERIOTTI** DIRETTORE IBBA-CNR, MILANO; **FELICE CERVONE** PRESIDENTE FISV; **PAOLO COSTANTINO** ACCADEMICO DEI LINCEI; **ROBERTO DEFEZ** CNR, NAPOLI; **MASSIMO DELLEDONNE** UNIV. VERONA; **EDGARDO FILIPPONE** UNIV. NAPOLI; **LUIGI FRUSCIANTE** UNIV. NAPOLI; **GIOVANNI GIULIANO** ENEA, ROMA; **IORELLA LO SCHIAVO** UNIV. PADOVA; **FRANCESCO LORETO** DIRETTORE DIPARTIMENTO BIOAGROALIMENTARE CNR; **ELISABETTA LUPOTTO** DIRETTORE DIPARTIMENTO PRODUZIONE VEGETALE, CRA; **GIOVANNI MARTELLI** ACCADEMICO DEI LINCEI; **ROBERTO MATTIOLI** UNIV. ROMA LA SAPIENZA; **GIORGIO MORELLI** ACCADEMICO DEI LINCEI; **MICHELE MORGANTE** ACCADEMICO DEI LINCEI; **PIERDOMENICO PERATA** RETTORE, SCUOLA SUPERIORE S. ANNA, PISA; **MARIO PEZZOTTI** UNIV. VERONA; **ENRICO PORCEDDU** ACCADEMICO DELLE SCIENZE; **IDA RUBERTI** CNR ROMA; **MICHELE STANCA** PRESIDENTE UNASA; **CHIARA TONELLI** UNIV. MILANO; **PAOLO TROST** PRESIDENTE SIBV; **ROBERTO TUBEROSA** UNIV. BOLOGNA; **FABIO VERONESI** PRESIDENTE SIGA; **ALESSANDRO VITALE** CNR, MILANO; **PAOLA VITTORIOSO** UNIV. ROMA, LA SAPIENZA; **JOHN WILLIAMS** PARCO TECNOLOGICO PADANO

www.lastampa.it/lettere



scienze

TECNOLOGIA
PSICOLOGIA
NATURA
MEDICINA

NEGLI USA, E NELL'OCCIDENTE IN GENERE, CRESCONO LE DIAGNOSI DI **ADHD**. E I BAMBINI CURATI CON I FARMACI

IPERATTIVITÀ: FALSA EPIDEMIA, VERO ALLARME

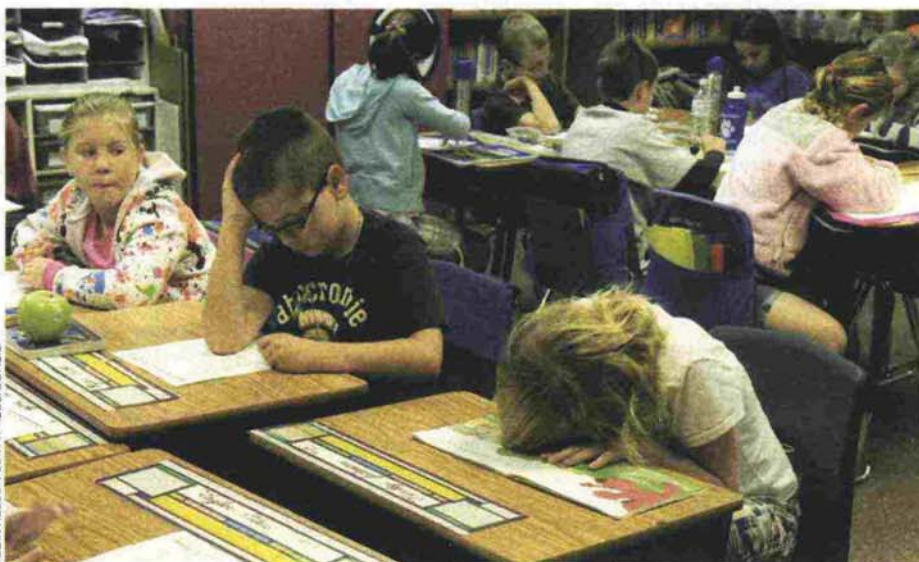
Ai bambini irrequieti e distratti a scuola viene sempre più spesso diagnosticata la **sindrome di iperattività**. In basso, **Paola Milani**, docente di pedagogia all'Università di Padova

di **Giuliano Aluffi**

Un allarme lanciato dall'altra parte dell'Atlantico inquieta anche l'Italia: oltre diecimila bambini americani tra i due e i tre anni sono sotto farmaci per la sindrome di iperattività (Adhd). Lo ha segnalato a fine maggio un report del Centre for Disease Control di Atlanta ripreso dal *New York Times*. Gli ultimi dati del governo di Washington mostrano poi che ben il 7,5 per cento dei ragazzi americani tra 6 e 17 anni prende farmaci per «difficoltà emotive o comportamentali» e che negli ultimi vent'anni il numero dei minorenni che assumono psicostimolanti è quintuplicato.

«L'Organizzazione mondiale della sanità su questo fronte ha numeri meno drammatici, ma che indicano comunque un forte aumento delle diagnosi di Adhd nei Paesi occidentali, fino al 30 per cento in più rispetto a dieci anni fa. Anche in Italia questi casi sono sempre più segnalati, e di conseguenza i bambini vengono "certificati" molto di più. Con la certificazione, regolamentata dalla legge 104, vanno a finire nel calderone della disabilità o nel più nuovo calderone dei cosiddetti Bes, bisogni educativi speciali» spiega Paola Milani, docente di pedagogia all'Università di Padova. «Chi, come noi, si occupa di educazione familiare, vede che nel nostro Paese c'è difficoltà a collegare alcuni disturbi - che vengono visti come disturbi specifici dell'apprendimento - ai problemi evolutivi della crescita e soprattutto alle relazioni familiari e sociali dei ragazzi».

Così si cade nella diagnosi affrettata. «Pensiamo ad Allen Frances, lo psichiatra che aveva coordinato i gruppi di lavoro per i manuali diagnostici e statistici americani dei disturbi mentali Dsm I, II, III e IV. Quando lo hanno chiamato a collaborare al Dsm V e si è accorto della sua impostazione di fondo, si è ribellato. Denunciando "un'epidemia psichiatrica, un'inflazione diagnostica che ha portato fuori controllo le diagnosi, aumentando i cosiddetti falsi positivi", ossia i bambini che, senza averne bisogno, finiscono in percorsi di cura,



sempre più spesso anche farmacologica» commenta Paola Milani.

La radice del problema? Spesso un'esigenza pratica. «Quando il bambino fa il terremoto a scuola, l'insegnante si spaventa perché non è attrezzato - i corsi di laurea in scienze della formazione primaria non preparano a gestire queste situazioni - e chiama lo psicologo. Lo psicologo allora fa una diagnosi, per esempio di Adhd, e il bambino rientra nei percorsi previsti dalla legge sui Bes o viene certificato Adhd, cosa che legittima l'aggiunta di un insegnante di sostegno, ossia di un aiuto per gestire la classe» spiega Milani. «Quindi, in pratica, la diagnosi è spesso funzionale ad avere un aiuto per l'insegnante».

E non basta. «Noi che stiamo lavorando a un progetto nazionale di sostegno alle famiglie cosiddette "negligenti", il Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione, vediamo che la maggior parte dei bambini provenienti da queste famiglie ha difficoltà di apprendimento e di comportamento a scuola» dice ancora Milani. «E molte vengono segnalate come difficoltà individuali del bambino, addirittura di carattere genetico, mentre potrebbero essere risolte all'interno del rapporto tra scuola e famiglia, se solo gli insegnanti fossero sostenuti di più e anche i genitori avessero un sostegno sulle competenze educative».