



29 ottobre 2014

Lorenzin su enti vigilati: riforma Aifa, Iss e Agenas «volano per la ricerca e l'innovazione e capace di attrarre investimenti»

La riforma degli enti vigilati è «necessaria» per rendere Aifa, Iss e Agenas «più efficaci ed efficienti e sempre più trasparenti». Ma soprattutto il restyling sarà un vero e proprio «volano per la ricerca e l'innovazione e capace di attrarre investimenti». E' quanto affermato dalla ministra della Salute Beatrice Lorenzin in audizione alla commissione Affari sociali della Camera, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul ruolo, l'assetto organizzativo e le prospettive di riforma dei tre enti.

Secondo Lorenzin la riforma è «necessaria nell'ambito di un concetto diverso del sistema salute e di un ruolo diverso del ministero della Salute». Ma Lorenzin guarda anche al Patto per la salute: «La riforma degli enti vigilati è un passaggio imprescindibile del percorso di attuazione del nuovo patto della Salute, in considerazione delle sue finalità e delle nuove funzioni derivate per Aifa e Agenas, necessaria anche per garantire una efficace vigilanza e strutture competitive nella ricerca e di vigilanza». E soprattutto la riforma di Aifa, Iss, Agenas, «sarà volano per la ricerca e l'innovazione e capace di attrarre investimenti». Così l'intenzione è «potenziare la struttura di Aifa per farla diventare una grande struttura come la Fda americana». Ciò - ha sottolineato Lorenzin - «non deve tradursi in un aumento dei dipendenti ma in un miglioramento della qualità del personale», e inoltre «superando l'esistenza di due commissioni distinte, immagino una commissione unica, magari divisa in due sezioni».

○ 30 ottobre 2014
○ NUMERO 162 | ○ ANNO 8

Pharma *kronos*

Lorenzin, riforma Aifa, Iss e Agenas volano per ricerca ***Istituti vigilati dal ministero cambieranno per attrarre investimenti***

"La riforma degli enti vigilati dal ministero della Salute e' nel mio programma ed e' imprescindibile perche' all'interno del Patto per la salute. Inoltre, la riforma in cantiere sara' volano per la ricerca e l'innovazione, servira' per attrarre investimenti per i farmaci". Ad affermarlo è il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, nella sua audizione ieri in Commissione Affari sociali della Camera sul ruolo, l'assetto organizzativo e le prospettive di riforma dei 3 enti.

"L'Aifa - prosegue Lorenzin - diventerà una grande Agenzia sul modello dell'omologa Fda negli Usa, ma senza aumentare il numero dei dipendenti. Dobbiamo essere in grado di attrarre piu' investimenti e accelerare le procedure per l'accesso ai farmaci innovativi. Serve un'Agenzia scientificamente evoluta e autorevole dotata di sistemi di controllo. Serve - aggiunge -

la necessità di superare l'attuale sistema di valutazione con le due commissioni che ci sono oggi. Il sistema, quindi, deve essere piu' efficiente e con un lavoro più continuativo".

"Una maggiore sorveglianza del ministero sull'Aifa e' fattibile e opportuna - sottolinea Lorenzin - ma la riforma non sarà' una rivoluzione per l'agenzia".

Per quanto riguarda l'Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, "la sua riforma è l'occasione per rafforzarne il ruolo con l'opportunità di intervenire con alcuni obiettivi: il supporto del monitoraggio dei piani di rientro delle Regioni. Agenas infatti dovrà' realizzare - sottolinea il ministro - un sistema di analisi e controllo dei singoli sistemi regionali per verificare lo scostamento della qualità e quantità dei servizi erogati per prevenire eventuali situazioni a rischio".

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 29 OTTOBRE 2014

Rapporto Crea. Al Sud spesa sanitaria procapite fino al 50% più bassa che al Nord. Rischio razionamento per farmaci innovativi

Smentito il luogo comune che vedrebbe un Nord sanitario efficiente e parsimonioso e un Sud spendaccione e inefficiente, almeno per quest'ultimo dato. Enorme anche il gap tra Italia e Paesi EU14: spendiamo il 25,2% in meno. I nuovi farmaci di fatto razionati per ritardi nelle autorizzazioni al rimborso e così ne usufruiamo molto meno degli altri Paesi UE. [IL RAPPORTO IN SINTESI](#)

E' sempre più diffusa nel dibattito pubblico italiano l'equazione secondo cui in sanità laddove c'è più efficienza, c'è anche minore spesa. Gli stessi esponenti politici, anche di differente colore, e analisti che sostengono questa tesi plaudono alle Regioni settentrionali, ritenendole più virtuose di quelle meridionali. Si tratta però di un teorema che viene smentito seccamente dai dati contenuti nel 'X Rapporto Sanità' dell'Università di Tor Vergata di Roma, realizzato dal Crea e presentato oggi alla Camera.

Le cifre indicano come, a livello regionale, la spesa totale pro-capite più elevata si rilevi in Valle D'Aosta e nelle due Province Autonome di Trento e Bolzano, con subito a ruota il Friuli Venezia Giulia e l'Emilia Romagna. Al contrario, **i valori minori di spesa si registrano nelle Regioni del Sud.** Emblema della voragine che divide in due il Paese è il confronto tra Valle d'Aosta e Campania: il differenziale di spesa è del 53,8%, poiché gli indicatori si attestano rispettivamente su 3.169 euro e su 2.061 euro. **E, anche eliminando l'aspetto demografico, il trend viene comunque confermato:** il differenziale di spesa è del 48,3% (euro 3.184 vs euro 2.147).

Una dinamica ancor più evidente sul fronte della spesa sanitaria privata: il valore medio pro-capite in Italia nel 2012 è pari a 487,91 euro, ma sale a 612,08 nelle Regioni del Nord (+25,45%), a 491,16 in quelle centrali (+0,67%), mentre si ferma al di sotto di 330 (-33,96%) nell'area Meridionale. In particolare, la spesa privata è più alta in Valle d'Aosta, Veneto ed Emilia Romagna, e all'opposto, è minima in Campania e Sicilia, con 283,73 euro pro-capite nella prima e 286,34 pro-capite nella seconda. Riscontri che rivelano come la crisi abbia inciso in tono maggiore nel Meridione, erodendo consistentemente la possibilità di accesso alle prestazioni.

Indicativo è anche **il gap che emerge dal raffronto fra spesa pro-capite italiana e Paesi EU14:** nel 2012, rispetto al 2002, si è allargato del 5,7%, arrivando così al 25,2%. Un divario che si allarga ulteriormente disaggregando l'Italia a livello geografico: le Regioni settentrionali hanno un gap verso EU14 del 20,1% (a fronte di un gap di Pil a favore del Nord del 4,0%), mentre in quelle meridionali il gap esplode raggiungendo il 33,3% (a fronte di un gap di Pil del 42,1%).

All'interno di questo quadro, un ruolo importante potrà essere giocato dal Patto per la Salute. **Federico Spandonaro, professore all'Università di Tor Vergata e curatore del rapporto,** riconosce positivamente gli sforzi profusi per la definizione del Patto e le rassicurazioni in esso contenute riguardo le risorse destinate al Ssn, che non vengono tagliate in termini nominali. Allo stesso tempo, però, osserva come si rimandi ancora una volta la ridefinizione dei Lea. "La vera essenza del Patto, che sarebbe dovuta essere l'accordo sul punto di equilibrio fra risorse disponibili e

assistenza garantita, resta ancora sospesa”.

Per quanto concerne gli assetti organizzativi e istituzionali, Spandonaro sottolinea come il **federalismo**, sotto un profilo puramente finanziario, “non è stato oggettivamente un fallimento”. Per suffragare questa tesi osserva come il disavanzo “sia stato ridotto di circa il 75% dopo l'intervento dei piani di rientro”. D'altra parte è evidente come il federalismo in Italia “sia stato inaugurato frettolosamente e, quindi, è anche normale prevedere un graduale superamento dei fattori critici, primo fra tutti il corretto equilibrio tra autonomia regionale e unitarietà del sistema”.

Anche su un altro versante emerge l'impatto positivo delle **politiche sanitarie tese alla razionalizzazione del sistema**: la riduzione nell'ultimo decennio di 28.738 posti letto ospedalieri in acuzie è stata pari al 20,0%. Contestualmente, però, la razionalizzazione degli organici è avvenuta soltanto parzialmente: “si sono ridotti solo del 9,0%, ed in larga misura per effetto naturale del blocco delle assunzioni, più che per radicali reingegnerizzazioni”.

Nel complesso Spandonaro riconosce all'attuale ministro di aver coraggiosamente sottolineato che “in sanità non ci sono più spazi per tagli, e che i recuperi di inefficienza devono rimanere in ambito sanitario”. Tuttavia un interrogativo resta aperto: **se recuperi di efficienza sono possibili, e lo sono, perché non dovrebbero trasformarsi in risparmi?** Secondo il curatore del rapporto, la risposta al quesito, “che stenta ad essere pronunciata chiaramente, è che le inefficienze già oggi implicano razionamenti impliciti dei Lea e quindi diventa un dovere etico ripristinare prioritariamente le corrette condizioni di esigibilità dei diritti”.

In sostanza Spandonaro sostiene che, qualora si voglia che la spending review in atto porti risparmi, mantenendo trasparente il patto sociale, **“vanno rimodulati esplicitamente i Lea, presumibilmente riducendo alcune coperture**: scelta politicamente difficile, che ci fa tornare alla spiegazione della, altrimenti inspiegabile, assenza dell'aggiornamento dei Lea nel Patto della Salute”.

Altro aspetto nodale da rimarcare è la **carenza di investimenti in prevenzione** che caratterizza il nostro Paese. “Se consideriamo la modesta performance italiana sul fronte della dinamica di alcuni indicatori attinenti a fattori di rischio (specie obesità infantile e riduzione del consumo di tabacco), considerati qui indicatori di esito delle politiche di promozione della salute, quel che si evince è l'effetto del disinvestimento in corso, che peraltro si scontra con uno dei capisaldi, ancora pienamente moderno, della legge istitutrice del Ssn”.

Come già sottolineato in Italia vi sono enormi disparità territoriali. Una delle principali ragioni di tali sperequazioni è il diverso ricorso delle famiglie alle **spese out of pocket**. Queste, osserva Spandonaro, sgravano il sistema pubblico da oneri, aiutando a mantenerne la sostenibilità: è il caso dei farmaci di classe A (quindi eleggibili al rimborso pubblico) acquistati direttamente dalle famiglie; fra il 2009 e il 2013, tale spesa è aumentata del 37,8%, incidendo oggi del 6,1% sulla spesa della Regione Liguria (€ 25,5 pro-capite), contro lo 0,8% della Regione Molise (€ 3,0 pro-capite).

Il rapporto evidenzia che in Italia per la **non-autosufficienza** nel 2012 si spendono circa 27,7 mld, di cui il 28,5% per prestazioni sanitarie e il resto per quelle sociali e in denaro, mentre la spesa privata si attesta al 7,7%. Nel complesso si tratta dell'1,8% del Pil, valore simile alla media europea. Tuttavia permane lo spinoso problema dell'**eccesso di frazionamento dei fondi** e delle relative responsabilità. Le varie prestazioni in molti casi si sovrappongono e, spesso, rispondono a requisiti per l'accesso disomogenei: alcune sono legate al reddito e altre ne sono del tutto indipendenti, con il rischio di generare razionamenti in alcune aree e privilegi in altre.

Il Ssn necessita strutturalmente di far posto alle **innovazioni** “che premono per entrare nella pratica clinica” e per raggiungere questo obiettivo “è certamente necessario eliminare dai Lea le prestazioni obsolete o non più dotate di evidenza e di appropriatezza”. Ma, all'interno di questo processo, gioca un ruolo fondamentale anche “la dimensione degli attuali razionamenti, ovvero delle prestazioni inserite, ma per le quali rimangono barriere all'accesso da rimuovere”. In altri termini, “per poter predire se il processo di revisione possa realizzarsi a costo zero, contano non solo le sostituzioni, ma anche l'effettivo livello di risposta attuale”. E, quindi, il rischio di razionamenti dovrebbe “essere

maggiormente monitorato, anche perché, quando coinvolge le innovazioni, ha un impatto rilevante sullo sviluppo industriale e in prospettiva sulla ripresa del Paese”.

E il rischio di razionamenti, che si traduce in barriere all'accesso ai servizi, si manifesta con particolare intensità nel **comparto farmaceutico**. **I consumi italiani dei nuovi farmaci autorizzati a livello europeo (EMA) negli ultimi 5 anni sono infatti assai inferiori a quelli medi di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna**. Il trend è particolarmente evidente per l'area terapeutica relativa al sangue e agli organi emopoietici: il consumo italiano è pari al 29,3% di quello di 'Big Ue'. Si sale leggermente (35,7%) per gastrointestinali e metabolismo, poi i farmaci per il sistema nervoso centrale (43,9%), quindi antineoplastici e immunomodulatori (46,6%). Gli unici che reggono il confronto con lo standard europeo sono gli antimicrobici che si attestano al 79,1%. Scarti così rilevanti verso altri Paesi sono in larga parte dovuti ai **ritardi di autorizzazione al rimborso**.

L'elemento di sistema più in sofferenza appare sempre **la capacità di investimento, specialmente nel settore pubblico**. E, senza investimenti, per Spandonaro il Ssn rischia di implodere a medio termine. Una conferma viene dalla spesa farmaceutica, “dove a fronte della perdurante stagnazione economica, la crescita nominale del budget farmaceutico (regolato dal tetto e sulla base di una credibile ipotesi di invarianza rispetto al Pil) per i prossimi anni è destinata a essere davvero minima, dell'ordine di € 150 e 300 mil annui”.

La strada da intraprendere per imprimere una svolta al sistema e per garantirne la sostenibilità sembra quindi la ridefinizione delle priorità degli interventi pubblici. E, in quest'ottica, risulta evidente “il valore sociale di garantire l'accesso alle innovazioni (veramente tali), essendo per lo più costose, e di contro la limitata meritorietà dell'erogazione gratuita di terapie a basso costo, magari a cittadini di alto censo”. Per Spandonaro la selettività passa quindi attraverso **una radicale riforma delle esenzioni e delle compartecipazioni**: le prime lasciandole solo per coloro che davvero non possono destinare alcuna somma per le proprie cure, e per le seconde prevedendo una franchigia fissa sul consumo articolata per reddito o, in generale, su un indicatore della condizione economica.

Ma l'aspetto dirimente, alla base del ragionamento, risiede nella capacità di sanare **l'annosa questione dell'evasione** perché il Ssn “è certamente la scelta più equa in condizioni di accertamento credibile dei mezzi, ma diventa profondamente iniquo se i più poveri pagano con le proprie imposte la sanità gratuita ai più ricchi”. Poiché la rimozione di questa stortura può comportare tempi lunghi, **vengono suggeriti anche interventi di delisting del prontuario**. Nel settore farmaceutico, nel 2013 il 36,7% del consumo di classe A è a fronte di confezioni con prezzo inferiore a € 10. Si tratta di un consumo che ammonta a circa € 3,25 mld. (di cui € 1 mld. per le confezioni sotto € 5) di cui basterebbe 'selezionare' la metà per garantire ampia sostenibilità alle innovazioni in arrivo sul mercato.

Terminata l'analisi, Spandonaro passa alla pars costruens, quella delle proposte. **I punti qualificanti da inserire nell'agenda delle politiche sanitarie sono:**

1. l'opportunità di avere un quarto LEA per la prevenzione, estrapolandolo dall'Assistenza Collettiva e ricongiungendoci tutte le attività collegate, in modo da garantire che ci sia un vincolo di destinazione delle risorse e una possibilità di controllo sulla destinazione degli investimenti (urgentissimi in tema di stili di vita e prevenzione primaria);
2. la riforma strutturale e in una logica selettiva, delle esenzioni e delle compartecipazioni, lasciando l'esenzione solo alle famiglie in assoluto più fragili e modulando la compartecipazione in base alla condizione economica, estendendola a tutte le prestazioni;
3. la creazione di un fondo vincolato per l'innovazione, in particolare quella farmaceutica, la cui governance è molto stretta, alimentabile con le compartecipazioni o al limite con il delisting delle terapie a bassissimo costo;
4. la riforma e il coordinamento degli istituti che comportano erogazioni per i non-autosufficienti, riunificando le regole di accesso (ad esempio con regole comuni relative alla valutazione multidimensionale) e garantendo una governance unica del sistema;
5. il potenziamento degli strumenti di valutazione delle performance, specialmente qualitativa, allargando la partecipazione alle valutazioni a tutti gli stakeholder del sistema, e integrandone poi i

risultati nelle regole di accreditamento, in modo da condizionare la permanenza sul mercato delle strutture, oltre che all'equilibrio finanziario, anche all'eccellenza assistenziale e organizzativa (fra cui l'uso della ICT), il tutto misurato secondo le regole della revisione fra pari;

6. il ripensamento dell'aziendalizzazione, garantendo l'omogeneità delle valutazioni delle performance aziendali e, quindi, una maggiore accountability dell'attività dei Direttori Generali e delle Aziende; rianalizzando anche gli impedimenti normativi all'esplicarsi della reale autonomia aziendale e ripensando un modello che di fatto non prevede sanzioni di mercato per le strutture inefficienti;

7. un maggiore e più coordinato investimento nei sistemi informativi, sia per ciò che riguarda le aree ancora scoperte (residenziale, domiciliare, etc.), sia per quanto concerne l'armonizzazione dei dati al livello nazionale e internazionale.

Gennaro Barbieri

QUESTI TAGLI SONO MORTALI

Quattro miliardi in meno alle Regioni. Che invece degli sprechi riducono i servizi di ospedali e Asl. Con il rischio di conseguenze serie sulla salute degli italiani. Ecco quali

DI LUCA CARRA E CRISTINA DA ROLD

Tagliare la sanità non si può. Ma Sergio Chiamparino, presidente della Conferenza delle Regioni, ha parlato chiaro: i quattro miliardi in meno previsti dalla manovra del governo si tradurranno necessariamente in sforbiciate alla sanità, che si porta via più del 70 per cento del loro budget. E se la spending review imporrebbe razionalizzazioni e costi standard (la celebre siringa che in Veneto costa 4 centesimi e in Sicilia 60) contro gli sprechi, sembra aver ragione il presidente del Veneto Luca Zaia quando dice che Renzi non ha la forza di imporli. Perché, infatti, dopo averne a lungo parlato lascia nelle mani dei governatori la patata bollente, limitandosi a un taglio lineare che saranno loro a dover declinare. Il rischio è allora che, come è accaduto finora, si finisca con l'erosione i servizi invece che mettere ordine nella spesa, in particolare nelle regioni dove i costi sono già fuori controllo. Insomma, se è vero che i prezzi pagati per le forniture (dalle protesi da impiantare alle lavanderie) sono diversissimi da Asl a Asl, è anche vero che molti direttori generali non sono riusciti, o non hanno voluto razionalizzarli nonostante anni di reprimende pubbliche e tagli. Fare una spending review seria imponeva di usare il bisturi dove si spreca, invece la manovra dà un colpo d'accetta ai fondi statali col rischio di obbligare anche le regioni virtuose a limare servizi essenziali. ▶

Perché, al netto di questa revisione capillare dei costi delle forniture, negli ospedali italiani "grasso che cola" non ce n'è proprio più. Il sistema sanitario al momento tiene. Ma già scricchiola. E i dati indicano che erodere ancora i budget potrebbe avere conseguenze serie sulla salute degli

italiani. Così gli epidemiologi guidati da Giuseppe Costa dell'università di Torino sono al lavoro per escogitare nuove strategie anti-crisi nel Libro Bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia (che sarà reso noto nei primi giorni di dicembre). Strategie, non altri tagli perché le mille manovre dei governi Berlusconi, Monti e Letta già mostrano i loro effetti e l'Istat, confrontando malattie e percezioni soggettive dello stato di salute degli italiani nel 2005 e nel 2013, cioè prima e durante la crisi, ha scoperto che il nostro paese comincia a stare assai peggio che in passato. È vero però che altre nazioni (Grecia in testa) se la passano peggio, come mostra un ultimo studio della rivista "The Lancet". Noi abbiamo certamente goduto dello scudo del Ssn che copre gratuitamente l'intera popolazione. Ma fino a quando potrà farlo? Se già oggi vediamo che non ci sono soldi per la prevenzione; che anche il ceto medio non riesce a pagare il ticket e rinuncia alle cure; che le madri disertano i pediatri e si taglia la salute delle generazioni future.

PREVENIRE COSTA

Il dato nudo e crudo da cui partire è che con un 7 per cento del Pil all'anno l'Italia investe relativamente poco in salute; ma soprattutto spende proporzionalmente sempre meno rispetto agli altri. Se la media dei paesi Ocse infatti ha rallentato la crescita degli investimenti in sanità, l'Italia è andata sotto zero sia nel 2008 sia nel 2012 e nel 2013. E quel che è peggio è che i fondi per la prevenzione sono scandalosamente bassi, pur essendo secondo molti osservatori proprio la prevenzione la prima leva per ridurre le disuguaglianze di salute e contrastare al meglio gli effetti della recessione. Perciò preoccupa anche il fatto che le vaccinazioni coprono una fetta alta ma

decescente di popolazione. E in questi anni anche salvavita come l'antipolio mostrano tassi di copertura sempre più bassi: nel 2013, scesa addirittura sotto la soglia storica del 95 per cento. Brutto segno.

Come un pessimo segno è che c'è una battuta d'arresto anche per gli screening oncologici - pap-test, colon retto e mammografia - offerti gratuitamente negli ultimi dieci anni. In molte zone del Sud oggi chi decide di fare gli accertamenti anticancro se li paga. E in Campania come in Basilicata gli inviti alle donne per pap-test e mammografia non partono proprio, per la contrazione dei budget delle Asl e il blocco del turn-over del personale sanitario, che lascia questi e altri servizi sguarniti.

Effetto della crisi, com'è noto, è la considerevole riduzione di potere d'acquisto dei più indigenti ma anche del ceto medio, che comincia a risparmiare pure sulla salute. Lo mostrano i dati dell'Istat sulle visite specialistiche. Andiamo sì dal medico, ma siamo meno disposti a spendere in visite private. Tuttavia l'offerta del Ssn si contrae per effetto dei tagli e della mancanza di personale; quindi è sempre l'Istat a indicare che nel 2013 è stato più difficile anche farsi controllare gratuitamente di quanto non lo fosse nel 2005, mentre aumentano i ticket.

Così accade che gli italiani si mettano in coda all'ambulatorio pubblico dell'Istituto nazionale migrazioni e povertà, situato nella struttura del San Galliciano in Trastevere a Roma. Uno si aspetta che qui visitino più immigrati. E in effetti ne arrivano tanti, senza barriere e con un'ottima assistenza. Ma se nel 2008 solo il 6 per cento dei pazienti che si facevano vedere a Trastevere erano italiani, nel 2013 lo sono il 40, e fra di loro si contano

molti diplomati e laureati.

NO, IL DENTISTA NO

In anni magri si taglia il non necessario. La prima a risentirne è quindi la salute dei denti per la quale l'offerta pubblica è davvero inesistente: così dal 2005 a oggi le cure odontoiatriche sono diminuite di un terzo, e calano le visite specialistiche più care, con parcella superiore ai 200 euro. Colpisce poi che ne facciano le spese anche i bambini: già l'anno scorso sono stati molti meno i piccoli che sono andati dal dentista per la prima volta e molti genitori rinunciano a mettergli l'apparecchio salvasorriso (il calo registrato è del 40 per cento).

Ma le famiglie non chiudono la porta solo al dentista. Smettono pure di portare i bambini dal pediatra. Secondo l'associazione che li raccoglie, persino le visite gratuite, ma con ticket, sono calate del 20-40 per cento. I pediatri sono poi preoccupati anche perché, spiega il presidente della Società italiana di pediatria Giovanni Corsello: «Sempre di più i bimbi vengono alimentati con prodotti non adatti a loro, e comunque non per l'infanzia, a partire dall'uso del latte vaccino sin dai primi mesi di vita proprio perché costa meno». In alcune regioni si registrano trend in crescita delle malattie infettive che colpiscono i bambini. E stanno peggiorando gli ausili a chi soffre di malattie croniche e rare: colpa dei tagli all'assistenza domiciliare in alcune regioni, così come del costo elevato di alcuni farmaci o alimenti speciali, come quelli per celiaci.

COSA FA LA DIFFERENZA

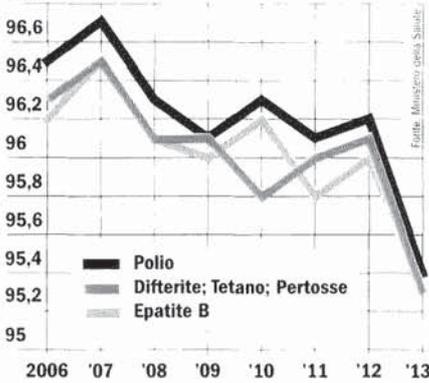
Il risultato è che gli italiani non si sentono per niente bene. L'Istat rileva che in media l'8 per cento di coloro che hanno passato i 25 anni dichiara di sentirsi "molto male", ma tra i laureati questa percentuale scende al 3,3 per cento mentre sfiora addirittura il 20, uno su cinque, tra chi ha un titolo di studio basso. Reddito, occupazione ed educazione sono infatti fattori decisivi per la salute delle persone, dentro e fuori la recessione economica. E tutti gli studi mostrano che allo status viene a sovrapporsi la geografia. A parità di reddito e livello scolastico, in sostanza, vivere al Nord o al Sud fa la differenza. Come conferma una ricerca del Cnr che ha confrontato diabete, obesità e colesterolo in eccesso prima e durante la crisi, distinguendo per livello di istruzione. E dimostrato che si sono ammalate molto di più le persone con minor scolarizzazione. Non potrà andare meglio nei prossimi anni visto che le famiglie stanno progressivamente rinunciando al cibo sano e all'attività fisica, entrambi costosi: fra i consumi in diminuzione ci sono proprio frutta e verdura, scese nel 2013 sotto la soglia delle ottomila tonnellate.

Insomma, sia secondo l'Istat, sia secondo l'Oms, soprattutto in tempi di crisi, ogni svantaggio sociale, geografico e occupazionale toglie vita e salute agli italiani, facen-

doli fumare di più, mangiare peggio, fare meno moto, incubare più stress e vivere in ambienti più degradati. E quel che pesa è anche un servizio sanitario che non è omogeneo sul territorio. Che perde colpi soprattutto dove è già più fragile. Le conclusioni dei numeri messi in fila dagli epidemiologi sono lapidarie: se con una bacchetta magica si potessero eliminare le differenze di reddito, occupazione e istruzione, in Italia la mortalità maschile si ridurrebbe del 30 per cento e quella femminile del 15. ■

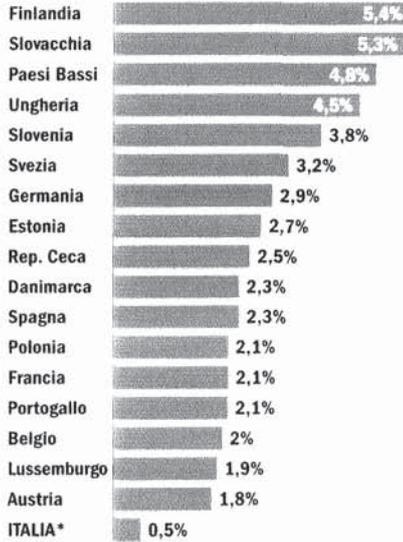
Fuga dai vaccini

Copertura vaccinale
96,8



Fanalini di coda

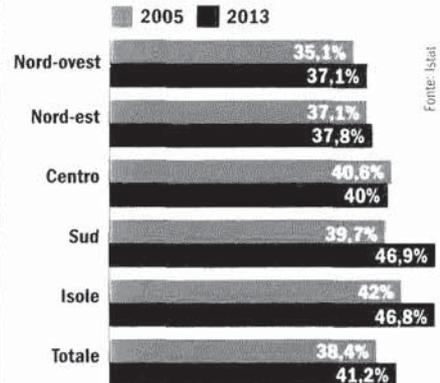
Quota % della spesa sanitaria destinata alla prevenzione (2013)



*Fonte: Ocse 2014. C'è una discrepanza tra questo dato Ocse e quello della nostra Agenas che indica il 4,2%

Sempre più malati

Percentuale di persone over 65 con 3 o più patologie croniche per area geografica (confronto 2005-2013)



La crisi mi toglie il respiro

Secondo un recente studio pubblicato su "Journal of Epidemiology & Community Health", l'insicurezza sul lavoro propria di questo periodo di crisi sarebbe correlata con il rischio di incorrere in episodi asmatici. In particolare le persone che sentono a rischio la propria posizione lavorativa avrebbero una probabilità del 60 per cento maggiore di cominciare a soffrire di questo problema. La ricerca ha raccolto i dati completi di circa 7000 individui adulti tra il 2009 e il 2011, a cui erano state sottoposte domande circa la sicurezza sul posto di lavoro in relazione alla crisi, per esempio se credevano che avrebbero perso il lavoro nei due anni successivi. Con l'avanzare della crisi, monitorando la salute di questi pazienti, i ricercatori hanno potuto notare che il rischio di episodi asmatici sembra aumentare proprio con l'aumento della precarietà del lavoro. La metà degli individui colpiti inoltre sarebbero donne. Secondo i ricercatori questi risultati potrebbero anche fornire una possibile spiegazione dell'aumento dell'incidenza in generale dei problemi respiratori registrati nel Regno Unito durante l'attuale crisi economica.

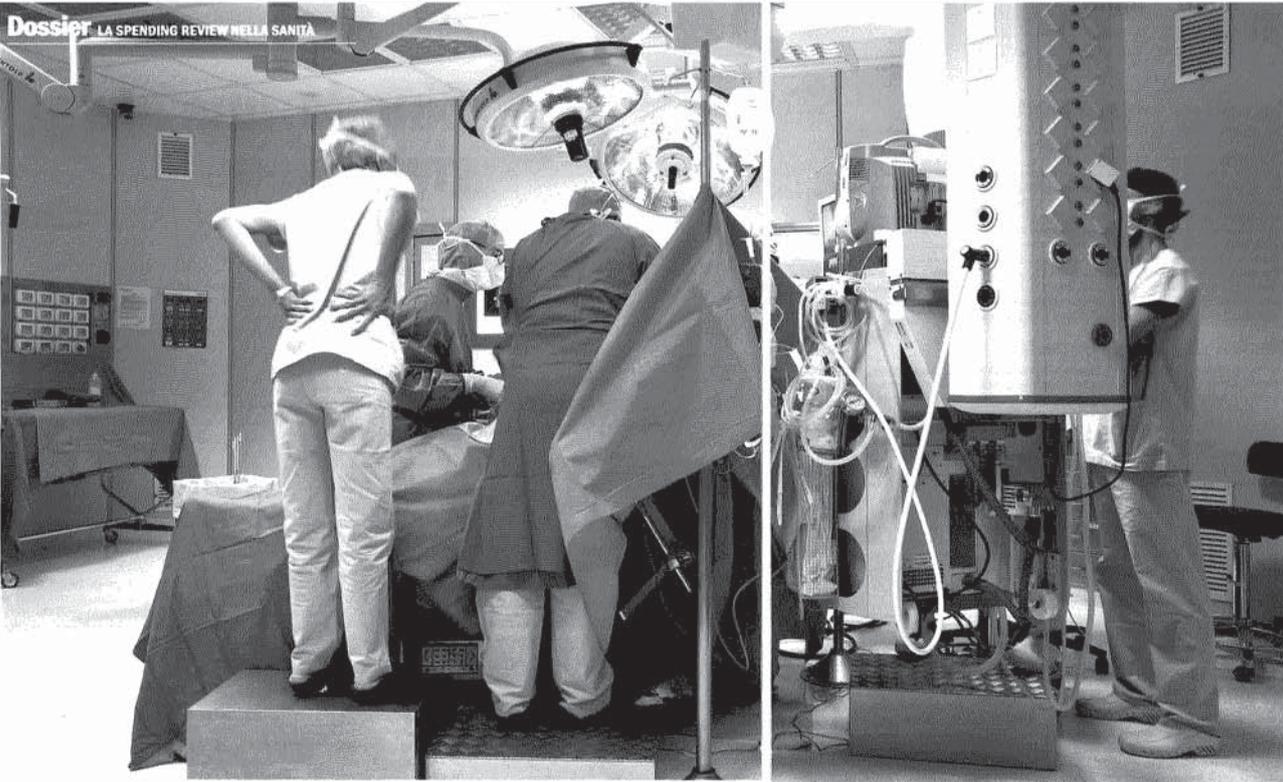
Nuova sindrome povertà

Lo status sociale ed economico fa la difenza in salute. Longevità, vita sana, occorrenza di malattie: tutto può essere ricondotto allo status. A incidere sulla salute non è tanto e solo lo status socioeconomico declinante, ma la forbice che si allarga, e che scava fossati sempre più profondi fra chi è soddisfatto delle proprie condizioni sociali e chi no. Fra chi è "capace" di darsi regole di vita sane e chi non se lo può permettere e indulge ad alcol, fumo e cattiva alimentazione. Fra chi si muove e chi no. Fra chi sa come usare in modo razionale i servizi sanitari e chi li subisce, o proprio non li conosce. Fra chi, infine, può scegliere dove vivere e chi invece viene sospinto dalla mancanza di risorse in quartieri malsani, trafficati, quando non asfissati da discariche e poli industriali. È, questa, quasi una nuova sindrome, battezzata dall'epidemiologo Sir Michael Marmot, "status syndrome". E la differenza sociale nei nostri paesi può dare uno scarto di vita da 4 anni in Italia fino a 7 anni in altre nazioni europee come l'Inghilterra, la Francia e la Germania. Che diventa ancora più accentuata se si paragonano fra loro Paesi diversi, come quelli occidentali e quelli dell'est europeo, dove lo scarto di speranza di vita alla nascita può toccare addirittura i sedici anni.

VACCINAZIONI IN CALO. SCREENING ONCOLOGICI INESISTENTI NEL SUD D'ITALIA. E LA SPESA PER LA PREVENZIONE PIÙ BASSA D'EUROPA



Dossier LA SPENDING REVIEW NELLA SANITÀ



UNA DELLE SALE OPERATORIE DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI DI BOLOGNA



IL MINISTRO BEATRICE LORENZIN. SOTTO: IL PRESIDENTE DELLE REGIONI, SERGIO CHIAMPARINO. A SINISTRA: IL POLICLINICO CASILINO A ROMA



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Sanità. I dati nel rapporto dell'università di Roma Tor Vergata

In sette anni deficit giù del 79,5% ma è la spesa privata a salvare il Ssn

Roberto Turno
ROMA

È ormai la spesa privata delle famiglie a salvare la sanità pubblica. Spese che possono sostenere le fasce di reddito più elevate e in particolare al Nord, mentre al Sud, con Campania e Sicilia ultime in classifica, l'accesso alle cure,

INDIETRO IN EUROPA

L'Italia spende sempre meno nella media Ue-14 con una forbice che nel 2012 è cresciuta a -25,2%. Con il Nord a -20% e il Sud a -33%

come l'abbandono o il rinvio delle cure stesse, la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale rischia di diventare sempre più un optional. Mentre Governo e regioni si confrontano sui tagli da 4 mld previsti per i governatori dalla manovra 2015, arrivano dati per tanti versi inediti sulla sanità pubblica dal rapporto del «Crea sanità» dell'università

romana di Tor Vergata.

Il rapporto, presentato ieri alla Camera e curato dal professor Federico Spandonaro, illustra nel dettaglio tutte le anomalie che caratterizzano il Ssn. A partire dalla fortissima riduzione dei disavanzi di asl e ospedali, che dal 2005 sono calati del 79,5% e non si concentrano affatto tutti al Sud, dato che però non va letto con ottimismo. Accade infatti che l'Italia spende sempre meno nella media Ue-14 con una forbice che nel 2012 è cresciuta a -25,2%, che per gli anziani è addirittura del -35%. Col Nord a -20% e il Sud a -33, una differenza tra Valle d'Aosta e Campania del 48% (3.184 euro pro-capite contro 2.147) e col Sud che ha una potenzialità di spesa in media inferiore del 50 per cento.

Abissi del malsano federalismo sanitario d'Italia. Dove per la prevenzione siamo sempre più indietro, quasi non fosse uno dei (se non il principale) fattore di rilancio, inclusa la carenza di risorse (se ben spese) per gli inve-

IL RAPPORTO IN CIFRE

-79,5%

La riduzione dei disavanzi
Il calo registrato in sette anni, dal 2005 al 2012: da 5,8 al 1,6 miliardi

-25,2%

La forbice di spesa con la Ue
La differenza tra la spesa sanitaria in Italia e quella della media Ue-14

40%

Le differenze regionali
Quelle per la spesa privata nella sanità: al Sud è la più bassa. Tra i mille euro procapite della Valle d'Aosta e i 200 della Campania

75%

Accesso a farmaci innovativi
I tempi massimi di ritardo in Italia per l'accesso a farmaci innovativi rispetto a Francia, Inghilterra e Germania

stimenti, altro capitolo in chiaroscuro del Ddl di stabilità 2015 che sta facendo litigare palazzo Chigi e i governatori. Ma accade ancora, nel Belpaese della salute pubblica, che negli ultimi 5 anni siano cresciuti i casi di "razionamento" delle cure, a partire dall'accesso ai nuovi farmaci, che nel confronto con Germania, Inghilterra e Francia ci vede indietro nei tempi di accesso al mercato anche fino al 75%. Tutto questo, mentre in ben 11 regioni (Sud e Centro in testa) l'assistenza a domicilio dei disabili è sotto la soglia del 4% del totale. Non esattamente quello che dovrebbe avvenire in un Paese civile e uguale da nord a sud.

Il federalismo, appunto. E i troppi e malsani ritardi dei sistemi sanitari locali. Che poi sia la spesa privata a salvare quel che il Ssn non riesce sempre e ovunque a dare, non può stupire. Ne è la logica conseguenza. Con spese locali distanti anche fino al 40%, tra i mille euro procapite della Valle d'Aosta e i 200 della Campania, dove poi il servizio pubblico è più ammalato. Come dire, due bastonate insieme, anche perché tra ticket e super addizionali i cittadini pagano doppio l'essere del Sud.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Farmaci online affari da record

Il commercio di medicine contraffatte su internet ha superato la redditività della droga.

ROMA Anti-tumorali, pillole contro la calvizie e per dimagrire, compresse contro l'impotenza. Sono i farmaci più ricercati e remunerativi nei commerci online, che però sono per lo più illegali. Secondo i carabinieri dei Nas il commercio illecito di farmaci è arrivato a costituire un giro d'affari superiore a quello della droga.

Il generale dei Nas Co-



Farmaci online./ METRO

simo Piccinno ieri mentre era in visita all'Ansa ha affermato che «negli ultimi due anni c'è stato un aumento esponenziale di traffici online e furti in

La legge

L'acquisto online non sarebbe reato.

- **La questione legale** è controversa in Italia e nella Ue. In Italia è vietato importare sostanze medicinali senza aver ottenuto la relativa autorizzazione all'Aifa, ma non l'acquisto personale.

ospedale», e che il traffico illegale di farmaci contraffatti online garantisce margini di guadagno superiori in rapporto al traffico di cocaina. Si stima

che un euro investito in cocaina ne rende in media 16, mentre 60 euro impiegati in principi attivi ne rendono 150 mila. Ne deriva un rapporto di 2.500 euro ricavati per ogni euro di investimento nella filiera dei farmaci contraffatti. Guadagno per i trafficanti, ma un pericolo per la salute dei pazienti. I farmaci antitumorali sono i più redditizi, perché «un chilo di farmaci antitumorali monoclonali ha un costo di 8-200 milioni di euro nel mercato legale; lo stesso quantitativo venduto illegalmente garantisce un guadagno cash pari almeno alla metà di tale importo». **METRO**



Gli interessi tentacolari dell'azienda più potente del web

Un motore di ricerca per il cancro Google ci entra anche nel sangue

Progetto medico del colosso di internet: nanoparticelle nell'organismo monitorate da un orologio-computer per diagnosticare precocemente i rischi di gravi malattie

■ ■ ■ GIORDANO TEDOLDI

■ ■ ■ Da motore di ricerca delle informazioni a motore di ricerca di gravi patologie. Nel senso: Google, dopo esserci entrato nel cervello, ora ci entra nel sangue. L'idea esce dai segretissimi laboratori di Google X, la divisione scientifica più audace del marchio che ormai pare abbia in progetto di monopolizzare ogni aspetto o quasi della nostra vita. Il biologo molecolare Andrew Conrad, capo dal 2013 della divisione "Scienze della vita" di Google X, da bambino deve aver visto il film di fantascienza "Viaggio allucinante", in cui un microscopico sottomarino veniva inoculato per curare un paziente gravemente ammalato. L'idea di Conrad gli somiglia: tramite una pillola, iniettare nella circolazione sanguigna delle nanoparticelle specializzate (2mila volte più piccole di un globulo rosso) in grado di legarsi chimicamente a cellule o a frammenti di Dna che denotino la presenza di gravi malattie come per esempio il cancro, o a fattori di rischio come placche di grasso che potrebbero determinare infarti o ictus. Un orologio computerizzato al polso del soggetto gli consentirebbe di controllare le nanoparticelle con un campo magnetico e, al momento opportuno, di chiamarle a rapporto nella zona del polso per sapere, con una tempestività che nessun altro sistema

diagnostico può garantire, se annidate nel suo corpo vi siano le prime tracce di una minaccia per la salute.

Il principio diagnostico è che le nanoparticelle legate a cellule o molecole malate o sospette non riuscirebbero a spostarsi normalmente e liberamente verso il polso al richiamo del soggetto, e questo indicherebbe un'anomalia. Altre nanoparticelle invece potrebbero semplicemente misurare i valori del sangue, come se si stesse facendo un'analisi permanente, in tempo reale.

Il progetto è ancora in una fase di sviluppo, ma conferma la tendenza di Google a spostare i suoi interessi verso la ricerca medica. E anche come i colossi della rete si siano ormai trasformati in strutture tentacolari. Peraltro, proprio la comunità scientifica medica - come Paul Workman, capo dell'Istituto per la ricerca sul cancro di Londra - se da un lato incoraggia qualunque tecnologia che renda più tempestiva la diagnosi - visto che alcune forme di tumore, come quello al pancreas, vengono spesso scoperte troppo tardi - dall'altro giudica quasi futuristico il progetto di

Google X, arrivando a domandarsi se non sia un caso di «sogno in opposizione alla realtà». La preoccupazione è che una diagnosi a uno stadio così iniziale - tolti gli eventuali casi di "falsi positivi" - potrebbe causare ansia e spavento nei pazienti, e portarli a cercare terapie non ancora necessarie. Insomma, il rischio è quello di creare un esercito di ipocondriaci, dei quali c'è già abbondanza: un conto è che alcune nanoparticelle si leghino a placche di grasso nel sangue, un conto è l'insorgere di un ictus - ma a questo dovrebbe ovviare un software che, analizzando i dati, valuti correttamente se il soggetto è in effetti a rischio.

Conrad si è difeso anche dalle accuse di voler estendere il già vasto controllo di Google nelle nostre vite fin dentro il corpo: Google non intende vendere al consumatore o seguire direttamente il progetto, ma darlo in licenza a strutture mediche che possano autonomamente decidere di svilupparlo e impiegarlo. Nessuna dunque delle informazioni diagnostiche violerebbe la privacy per finire nei database di Google a fini di marketing, per avvantaggiare per esempio le case farmaceutiche. Google agirebbe come un produttore di farmaci, che mette sul mercato il suo rimedio, in questo caso uno strumento diagnostico, il quale però viene completamente gestito dai medici. Finché il progetto non troverà applicazioni concrete, sarà difficile valutare obiettivamente benefici e costi.

Resta un fatto: la scienza, quando non osa, non progredi-

sce, e ultimamente tutti i progetti più arditi sono venuti da quelle cittadelle della rivoluzione digitale che ha cambiato il mondo negli ultimi trent'anni. In tante cose hanno fatto centro, non è detto che ci riescano anche nel campo della salute. Ma hanno pochi rivali.

■ ■ ■ LA SCHEDA

LE NANOPARTICELLE

Google sta progettando particelle magnetiche per pattugliare il corpo umano in cerca di cancro e altre malattie. Le nanoparticelle, grandi meno di un millesimo di un globulo rosso, sarebbero in grado di cercare ed attaccarsi a cellule, proteine o altre molecole all'interno del corpo umano, e sarebbero monitorate con un dispositivo indossabile dotato di un magnete per attrarle e contarle

ALTRI PROGETTI

Le nanoparticelle sono solo uno degli studi su cui è all'opera il team di Life Sciences. Tra gli altri progetti, la mappatura del corpo umano per ottenere una "fotografia" precisa e dettagliata di come si presenta un organismo sano, e le lenti a contatto intelligenti per misurare il glucosio nelle lacrime dei pazienti diabetici.



Andrew Conrad [Web]

a cura di Arcus Multimedia

SALUTE E BENESSERE

Biosimilari, accesso più ampio alle cure

Parla il nuovo responsabile di questi prodotti per Sandoz Italia. Da questi farmaci importanti risparmi per il Ssn

Riccardo Cervelli

■ La nomina di Federico Mambretti a nuovo responsabile della Business Unit Biopharmaceuticals, Onco-injectables, Hospital Growth Franchises di Sandoz s.p.a. - società del Gruppo Novartis, leader nello sviluppo, nella produzione e nella distribuzione di farmaci equivalenti e biosimilari - dà l'opportunità di approfondire il tema del futuro del mercato dei farmaci biosimilari, quei farmaci comparabili come qualità, sicurezza ed efficacia a un farmaco biotecnologico già in commercio e il cui brevetto è scaduto.

Di che cosa si occupa la Business Unit della quale lei è responsabile?

«Le attività si rivolgono alle aree dei farmaci biosimilari, Iniettivi-Oncologici e a tutti i farmaci equivalenti Sandoz commercializzati sul canale ospedaliero. Quella dei farmaci biosimilari è un'area in via di sviluppo. I prossimi anni rappresenteranno per questa categoria di farmaci un periodo significativo e so-

no felice di poterlo vivere in prima persona nel mio nuovo ruolo».

Quali elementi l'hanno spinto ad accettare la sfida?

«Sarà sia una sfida professionale sia personale. I farmaci biosimilari hanno un importante ruolo sociale: in un momento storico in cui le risorse del Sistema sanitario nazionale sono sempre più limitate, questi farmaci possono rappresentare una reale soluzione per garantire l'accesso alle terapie a un maggior numero di pazienti, nonché l'avvio di queste terapie in anticipo rispetto a quanto possibile oggi con i farmaci ancora coperti da brevetto».

Da che cosa è rappresentata questa opportunità per il mercato dei biosimilari?

«Tra il 2015 e il 2020 scadranno i brevetti di molti importanti farmaci biotecnologici, che hanno rappresentato una svolta nella cura di patologie, come l'artrite e il cancro. Questo aprirà la strada all'ingresso di nuove categorie di farmaci biosimilari, soprattutto in aree terapeutiche

ad alto costo».

In quali settori terapeutici sono già disponibili i farmaci biosimilari e in quali altri saranno disponibili nei prossimi anni?

«I farmaci biosimilari oggi in commercio sono il filgrastim, l'epoetina alfa e l'ormone della crescita ma, come ho già anticipato, l'imminente scadenza di un numero rilevante di brevetti relativi ad alcuni anticorpi monoclonali, aprirà le porte a una nuova categoria di biosimilari, di più ampia diffusione e utilizzo: i biosimilari mAb. Questo aumenterà la concorrenza e rappresenterà, quindi, un grande vantaggio per ampliare l'accesso dei pazienti alle terapie innovative, liberando risorse per il Servizio sanitario nazionale».

A quanto ammonterebbe il risparmio offerto dai farmaci biosimilari?

«Un recente studio condotto dal tedesco Iges Institut in otto Paesi dell'Ue (Germania, Francia, Italia, Gran Bretagna, Spagna, Svezia, Polonia e Romania) ha stimato che, con l'ingresso

sul mercato di nuovi biosimilari nel periodo 2007-2020, i risparmi potrebbero attestarsi Tra i 12 e i 33 miliardi di euro (3,2 solo in Italia)».

Quali sono le risorse e le strategie che Sandoz intende promuovere per favorire lo sviluppo dei farmaci biosimilari?

«Sandoz, forte dei suoi 120 anni di storia, è il pioniere in questo campo: nel 2006 siamo stati i primi a lanciare un biosimilare. A oggi Sandoz dispone della più ampia pipeline di prodotti nel settore: un lavoro frutto di 4 centri di Ricerca & Sviluppo in tutto il mondo, che ha permesso il raggiungimento di oltre 120 milioni di giorni-paziente di esperienza terapeutica e 7 studi clinici in corso su 6 molecole importanti. Come leader del settore, il nostro impegno, soprattutto in Italia, sarà quello di promuovere una conoscenza e una cultura dei farmaci biosimilari attraverso un dialogo continuo con la classe medica e tutti gli stakeholder sul territorio».



I farmaci biosimilari sono comparabili a un farmaco biotecnologico già in commercio e il cui brevetto è però scaduto. Sotto, Federico Mambretti



MEDICINE CONTRAFFATTE L'allarme dei Nas

Traffico di farmaci Un business che tira più della cocaina

Ogni anno le pillole illegali causano un milione di morti. Un ricco affare da 200 miliardi di euro

Nino Materi

■ Quello della cocaina, si sa, è un mercato che «tira». Ma che dietro il traffico di farmaci, più o meno taroccati, potesse nascondersi un business ben maggiore addirittura di quello della droga, era difficile da immaginare. Eppure le cose stanno così.

Il giro di affari che gravita attorno alle medicine contraffatte supera quello degli stupefacenti. Garantendo guadagni *cash* che raggiungono i 200 miliardi di euro l'anno. Benvenuti nel mondo del falso «bugiardino» (così si chiama il foglietto con posologia e istruzioni contenuto nelle scatole di medicine ndr).

Le illegalità, su questo fronte, si consumano soprattutto nella «farmacia» globalizzata di internet. Scaffali virtuali incontrollati e incontrollabili che avvelenano ogni giorno l'esistenza di migliaia di persone; alcune stime arrivano ad indicare in un milio-

ne i morti provocati ogni anno dall'utilizzo di farmaci falsi.

«Il traffico illegale di farmaci contraffatti vale oggi più del traffico illegale di cocaina», ha affermato il generale dei Nas, Cosimo Piccinno, in occasione della presentazione del canale dell'Ansa «Salute e Benessere 65+» dedicato alla salute degli anziani e realizzato in collaborazione con la Società italiana di geriatria e gerontologia.

Negli ultimi due anni, ha denunciato, «c'è stato un aumento esponenziale sia di traffici di farmaci online sia di furti di medicinali molto costosi negli ospedali». I più «redditizi» sono i farmaci antitumorali: «Un chilogrammo di farmaci antitumorali monoclonali, ad esempio - ha affermato il generale dei Nas - ha un costo di 8-200 milioni di euro nel mercato legale; lo stesso quantitativo venduto illegalmente garantisce un guadagno *cash* pari almeno alla metà di tale importo». L'interesse criminale verso questo settore è dunque cre-

scente: un euro investito in cocaina, ha sottolineato Piccinno, ne rende infatti 16; al contrario, 60 euro impiegati in principi attivi ne rendono almeno 150 mila. Pertanto, la stima è che nella filiera dei farmaci contraffatti il rapporto di investimento sia pari a un euro a 2.500.

E il fenomeno può rivelarsi particolarmente pericoloso per gli anziani che, in vari casi, dalla rete ricercano soprattutto medicinali quali il Viagra, allettati, probabilmente, anche dal prezzo: in farmacia questo farmaco costa infatti circa 15 euro, contro gli 0,60 centesimi sul web. Ma Piccinno mette in guardia dai pericoli per la salute: «Utilizzando questo tipo di farmaco "fai-da-te", il rischio di infarto e patologie cardiache è elevatissimo». Va precisato che in Italia i medicinali contraffatti rappresentano solo lo 0,1% contro il 7% a livello mondiale, ma anche da noi risultano in aumento. Quanto all'importazione illecita di principi attivi, dal 2012 i Nashan-

no sequestrato 7,5 tonnellate di materie prime farmacologicamente attive, provenienti principalmente dall'Asia (Taiwan, India, Cina, Giappone) e dal Messico. I farmaci contraffatti sequestrati nei siti online nello stesso periodo sono pari invece a 3,75 milioni. Un'azione forte, quella dei Nas, per il contrasto a questa nuova forma di business illegale che non basta, però, a bloccare l'offerta e, dunque, i consumi: digitando su *Google* le parole «comprare Viagra», infatti, i risultati che comparivano nel 2011 erano pari a poco più di 29 milioni, contro i 136 milioni dell'ottobre 2012.

Hanno pensato invece di approvvigionarsi direttamente alla fonte i ladri che ieri notte si sono intrufolati nel deposito sotterraneo di una farmacia di Roma, rubando anche un intero stock di Viagra. Bottino: 150 mila euro.

A conferma che sul mercato nero la pillola blu è sempre più in «rialzo».

A ROMA

**Per rubare il Viagra
svaligiata una farmacia
Vale 150 mila euro**

I più clonati

Viagra

Il citrato di sildenafil, il cui nome commerciale più diffuso è Viagra, è un farmaco sviluppato dalla Pfizer utilizzato nella terapia della disfunzione erettile. Imitatissimo

Antitumorali

I farmaci antineoplastici o antitumorali sono medicinali che combattono lo sviluppo delle neoplasie. Affidarsi a medicine di questo tipo non validate può portare alla morte

7%

La percentuale di farmaci falsi nel mondo. In Italia per fortuna la percentuale è appena dello 0,1%





Sanità: arriva primo drone-ambulanza, porta defibrillatore in tempi record

Localizza il luogo della chiamata con Gps e consegna strumento da 4 kg

Roma, 29 ott. (AdnKronos Salute) - Un drone ambulanza, capace di trasportare in tempi record un defibrillatore di circa 4 kg sul luogo della chiamata, localizzata con il Gps. Il prototipo, uno dei primi al mondo, è stato presentato in Olanda all'università Tecnica di Delft. Il drone, dotato di 6 eliche, può raggiungere la velocità di 100 km orari e trasportare fino a 4 chili ed è stato sviluppato da uno studente di ingegneria di appena 23 anni, Alec Momont. Il veivolo è in grado di portare il defibrillatore in un minuto dalla chiamata in una zona di 12 km

quadrati, aumentando le possibilità di sopravvivenza dall'8 all'80%. Quando l'apparecchio arriva sul posto il personale medico può comunicare e dare istruzioni alle persone che si trovano vicino alla vittima, grazie a un microfono e una piccola videocamera posta sul mini-veivolo. Si tratta ancora di un prototipo che però - indica il quotidiano Algemeen Dagblad - è già all'attenzione dei servizi d'emergenza olandesi ed è stato apprezzato dalla Fondazione olandese per il cuore. Realizzato in parte in fibra di carbonio e con alcuni elementi prodotti con una stampante 3D, ogni singolo drone costerà circa 21.200 dollari. "La principale causa di morte delle persone colpite da arresto cardiaco - dice Alec Momont - è il tempo relativamente lungo necessario ai servizi d'emergenza per arrivare sul posto, ovvero circa 10 minuti, mentre generalmente il tempo massimo per salvare una vita è di 4/6 minuti". Il giovane inventore spera che una rete di droni-ambulanza possa essere sviluppata in Olanda nei prossimi 5 anni e che il suo prototipo possa diventare rapidamente 'una valigetta medica volante', in grado di portare, dove serve, una maschera d'ossigeno ad una persona bloccata in un incendio o una dose d'insulina a un diabetico in difficoltà.

GOOGLE STUDIA SISTEMA PER DIAGNOSI PRECOCE TUMORI,INFARTI E ICTUS

(AGI) - Londra, 29 ott. - Usare tecnologie basate sulle nanoparticelle per diagnosticare tumori, possibili infarti e ictus molto prima di quanto non facciano gli attuali strumenti diagnostici. E' l'ambizioso obiettivo di Google X, la divisione della societa' di Mountain View che si occupa di sviluppare nuove tecnologie come quella delle lenti a contatto dei diabetici che aiutano a rilevare i livelli di glucosio nel sangue. Il progetto consiste nel creare un nuovo sistema di diagnosi che consiste nel creare pillole a base di nanoparticelle, da inserire tramite ingestione nell'organismo, collegate a una specie di bracciale da mettere al polso. Il dispositivo potrebbe rilevare le variazioni delle nanoparticelle nel sangue, identificando in questo modo gli indizi su possibili alterazioni biochimiche, come la moltiplicazione di cellule tumorali o la presenza di placche di grasso nel sangue, che possono essere la causa di ictus e infarti. Il progetto, guidato da Andrew Conrad, il biologo che ha creato un nuovo test dell'Hiv piu' economico, e' ancora in fase iniziale.