

Dir. Resp.: Paolo Boldrini

SALUTE

La prevenzione per i bambini

■ Siamo contenti di accogliere quanto il [Ministero della Salute](#) sta predisponendo grazie alla collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali insieme ai rappresentanti delle Regioni e delle società scientifiche di settore su quanto riguarda lo screening metabolico neonatale.

Il [Ministero della Salute](#) ha infatti trasmesso alla Conferenza stato-regioni, per il previsto parere, lo schema di decreto per l'avvio, anche in via sperimentale, di tale screening. Per mezzo dello screening, con prelievo di alcune gocce di sangue al neonato entro le 48 ore dalla nascita, sarà possibile identificare un ampio numero di malattie metaboliche prima che queste si manifestino clinicamente per cui si anticipano danni invalidanti al neonato e in alcuni casi anche la morte. Grazie a questo provvedimento, che noi di Cittadinanzattiva-Tdm abbiamo richiesto ripetutamente sia a livello regionale che nazionale dal lontano 2004, si farà un'efficace prevenzione delle malattie metaboliche ereditarie favorendo la massima uniformità nell'applicazione della diagnosi precoce neonatale sull'intero territorio nazionale. Con questo screening si potrà evitare che i bambini affetti da queste patologie subiscano danni causati da un ritardo diagnostico. Inoltre per l'esecuzione dello screening è previsto nello schema del decreto lo stanziamento di dieci milioni di euro per anno a decorrere dal 2015. Speriamo finalmente di arrivare in tempi celeri alla realizzazione di tale impegno per tutte le nostre regioni perché questo diventerebbe un notevole passo avanti nella prevenzione della salute dei nostri bambini.

Cittadinanzattiva

Tribunale per i diritti del Malato



Malattie rare Costi proibitivi per il 58% delle famiglie

EMANUELA VINAI
ROMA

Luci e ombre in "MoniRare", il primo rapporto sulla condizione in Italia delle persone con malattia rara presentato a Roma. Promosso da Uniamo, Federazione italiana malattie rare, il rapporto, il primo nel nostro Paese, offre un confronto con la realtà europea. Una criticità iniziale è stata la quantificazione delle persone con malattia rara, stante che il Registro nazionale nelle Regioni è in fase di completamento. Si stima che in Italia il numero di questi malati sia compreso tra le 450mila e 670mila persone, con una prevalenza tra lo 0,75% e l'1,1% sulla popolazione.

La rarità esclusiva di ogni malattia determina inoltre la nascita sul territorio di una molteplicità di associazioni specifiche di cui, ad oggi, si contano 1.079 unità. Molte le positività peculiari del nostro Paese: l'Italia è all'avanguardia nel settore della ricerca, nell'estensione degli screening neonatali ed è uno dei pochi Stati ad aver definito un sistema di accreditamento dei centri/presidi della rete sulle malattie rare, censendo una media di 3,2 centri ogni milione di abitanti. Nel-

l'ultimo triennio è anche cresciuto il numero di farmaci orfani fruibili in Italia: dai 44 del 2012 ai 63 del 2014, con una disponibilità complessiva di oltre l'80% dei farmaci orfani approvati in Europa. Ma le malattie rare sono anche fattore di impoverimento per le famiglie coinvolte, con una spesa annua che supera i 2.500 euro. Il che si traduce in maggiori difficoltà ad arrivare a fine mese, denunciato dal 58% delle famiglie. Maurizio Sacconi, presidente della Commissione Lavoro e previdenza sociale del Senato, ha evidenziato che «il mercato del lavoro non è facilmente inclusivo», ma «stiamo riformando la disciplina già nel Job Act». Per Paola Binetti, presidente del Gruppo interparlamentare per le malattie rare, spetta alle istituzioni «sostenere le famiglie con una serie di misure: penso per esempio ai permessi per i familiari che si fanno carico dei pazienti». E il sottosegretario alla Salute, **Vito de Filippo**, ha ricordato che «il clima su questa specifica attività del Sistema sanitario nazionale sta molto migliorando e modificando». L'auspicio, ha concluso Renza Barbon Galluppi, presidente di Uniamo, «è che il Rapporto favorisca la realizzazione operativa del Piano nazionale malattie rare 2013-2016».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANSA.it

TORNA SU
ANSA.IT

Salute&Benessere

NEWS

SPECIALI ED EVENTI

VIDEO

PROFESSIONAL

SALUTE BAMBINI

65+

Sanità | Medicina | Associazioni | Alimentazione | Estetica | Stili di vita | Terme e Spa | Expo 2015

ANSA > Salute e Benessere > Medicina > Malattie rare, 6 anni per diagnosi e difficoltà economiche per 58% famiglie

Malattie rare, 6 anni per diagnosi e difficoltà economiche per 58% famiglie

Rapporto Uniamo, ma passi avanti per ricerca e farmaci

23 luglio, 18:35

[Indietro](#) | [Stampa](#) | [Invia](#) | [Scrivi alla redazione](#) | [Suggerisci](#) ()


malattie rare

Balzo in avanti per la ricerca e il consumo di farmaci orfani, ma male l'assistenza territoriale, fatta di isolamento, accesso alle cure disomogeneo da regione a regione e un ritardo nella diagnosi che in media supera 6,5 anni. E' la fotografia scattata da MonitoRare, il primo rapporto nazionale sulle malattie rare presentato a Montecitorio, da cui emerge il rischio di impoverimento per le famiglie che sostengono il costo di queste malattie con una spesa annua che supera i 2.500 euro. Tanto che il 58% dichiara difficoltà ad arrivare a fine mese. I dati, che coinvolgono le 1.079 associazioni rappresentative di oltre 670.000 affetti da patologia rara del nostro Paese (pari all'1,1% della popolazione), sono stati per la prima volta aggregati in modo organico dalla Federazione Italiana Malattie Rare Uniamo. A spiccare è il boom di consumi di farmaci orfani, +13,3% in un anno. Sono infatti passati dai 7,5 milioni del 2013 ai 8,5 milioni del 2014, con una spesa passata dai 917 milioni del 2012 ai 1.060 milioni del 2014 (+15,6%). Ormai in Italia, è disponibile l'80% di tutti i farmaci orfani distribuiti a livello europeo, "un ottimo risultato frutto del lavoro costante e di un maggior dialogo fra ricerca, associazioni di pazienti e case farmaceutiche", commenta Renza Barbon Galluppi, presidente Uniamo.

Emergono luci ma ombre. Nonostante la pluralità di fonti, i malati che realmente accedono alle informazioni di cui necessitano sono pochi, perché chi fa la diagnosi non mette in contatto con i network. D'altronde, e questa è un'altra criticità rilevata, il tema manca nei percorsi formativi sanitari, con appena 42 corsi ECM nel 2014. Eppure proprio la difficoltà di interpretare i sintomi di malattie poco comuni da parte di pediatri e medici di famiglia è all'origine del grande ritardo nella diagnosi e dei disagi che questo comporta in termini di mancate cure e lunghi pellegrinaggi in cerca dello specialista giusto. Altra carenza è l'assistenza territoriale: i centri sono 3,3 per milione di abitanti e distribuiti in modo disomogeneo: si passa dal 1,3 delle Marche al 12,8 per il Molise. Diversa è anche la possibilità di effettuare lo screening neonatale sulle patologie metaboliche rare: il numero, a seconda delle regioni, varia da 1 a 58 tipi di malattie. E persino le norme che regolano terapie e servizi variano, per la stessa malattia, da un regione all'altra. Nel campo della ricerca invece l'Italia gioca un ruolo importante. Gli studi clinici autorizzati sulle malattie rare hanno rappresentato nel 2013 il 20% del totale degli studi. Il piano nazionale per le malattie rare, pur se arrivato in ritardo e non accompagnato da un piano economico, "è una cornice all'interno della quale muoversi", ha ricordato il sottosegretario alla Salute [Vito de Filippo](#). "Le malattie rare - ha aggiunto - sono state oggetto di molta attività politica. Al tema è dedicata un'indagine conoscitiva in commissione Affari Sociali della Camera e diverse mozioni approvate trasversalmente a Montecitorio. Inoltre il Ministero della Salute ha inserito, nei nuovi Lea, un elenco di 110 nuove malattie rare".

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

PUBBLICITÀ

ANSA SALUTE PROFESSIONAL

ANSA/ Malattie rare, difficoltà economiche per 58% famiglie

Rapporto Uniamo, oltre sei anni per arrivare ad una diagnosi

Sanità: Pipitone (Idv), no emendamento taglio stipendio medici

'Eventuale approvazione servirà solo intimorire professionisti'

Estate: cinque app possono 'salvare' vacanza all'estero

In caso di problemi salute e ricerca assistenza

[VAI AL SITO PROFESSIONAL](#) | [»](#)

SPECIALI ED EVENTI

Salute: esperti, gli italiani convinti di mangiare bene ma non è così

Test con piramide alimentare, troppi dolci, poco pesce e verdure



Italiani hanno speso 9.400 milioni euro per farsi belli

Il comparto vale 14 milioni di euro, cresce Export con +4,9%



Tumori: mille casi al giorno, sei proposte per più assistenza

Documento di 12 associazioni pazienti, reti e 'pagelle' qualità



Urologi, 'pillole amore' mercato nero rischiose e inefficaci

Verze, non contengono principio attivo ma eccipienti pericolosi



Fumo: per italiani ok alternative a sigarette se testate

Ipsos, 86% intervistati vuole prova scientifica minore rischio



Avanafil, una nuova arma per diabetici e prostaticomizzati

Studi rivelano miglioramenti anche in categorie più difficili



Al via RiminiWellness per fitness e benessere

In programma fino al 31 maggio, madrina è Giorgia Surina



<https://www.agi.it/>

Tumori: CE approva nuova terapia contro melanoma avanzato



(AGI) - Roma, 24lug. - La Commissione Europea ha approvato pembrolizumab, l'innovativa terapia anti-PD-1, per il trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) negli adulti. Ad annunciarlo e' stata MSD, che produce il trattamento, in una nota. L'approvazione della Commissione Europea si basa su dati provenienti da tre studi clinici condotti in piu' di 1.500 pazienti con melanoma avanzato di prima linea e precedentemente trattati.

Pembrolizumab ha ricevuto l'approvazione dalla Commissione Europea sulla base di dati di Fase 3 che hanno dimostrato che pembrolizumab e' la prima e unica terapia anti-PD-1 ad offrire un beneficio a in termini di sopravvivenza a statisticamente superiore rispetto a ipilimumab, l'attuale standard di cura per il melanoma avanzato. "L'approvazione europea rafforza il nostro obiettivo di accelerare la ricerca in immuno-oncologia a beneficio dei pazienti in tutto il mondo a ha dichiarato Roger M. Perlmutter, presidente dei Merck Research Laboratories a siamo convinti che la grande quantita' di dati a sostegno di questa approvazione sia fondamentale per far capire il potenziale enorme di pembrolizumab nel trattamento del melanoma avanzato, una malattia devastante". Pembrolizumab e' un anticorpo monoclonale umanizzato che blocca l'interazione tra il PD-1 e i suoi ligandi, PD-L1 e PD-L2. Legandosi al

recettore PD-1 e bloccando l'interazione tra ligandi e recettore, pembrolizumab ripristina la naturale capacita' del sistema immunitario di riconoscere e colpire le cellule tumorali.

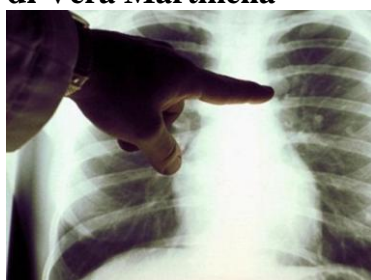
.

<http://www.corriere.it/salute/>

Tumore al polmone nei fumatori: chi deve fare i controlli, quali e quando?

Un incontro organizzato dalla Lilt cerca di fare il punto sulla diagnosi precoce. Obiettivo: ridurre le morti, perché 7 pazienti su 10 hanno già metastasi alla diagnosi

di Vera Martinella



Con circa 40mila nuove diagnosi ogni anno in Italia il tumore al polmone resta fra i più temibili e letali. Finalmente sono stati compiuti dei progressi importanti nelle terapie, ma l'attenzione degli specialisti è stata anche per la diagnosi precoce di questa malattia che nell'85 per cento dei casi riguarda i fumatori. «Il tabacco è il maggior fattore di rischio per l'insorgenza del carcinoma polmonare a cui, secondo tutte le statistiche nazionali e internazionali, è possibile ascrivere quasi nove casi su 10 – sottolinea Marco Alloisio, presidente della sezione milanese della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori, durante un incontro organizzato nei giorni scorsi sul tema -. E il rischio cresce sia con la quantità delle sigarette fumate che con la durata negli anni dell'abitudine al fumo. E' stato calcolato che le probabilità di sviluppare la malattia aumentano di 14 volte nei tabagisti rispetto ai non fumatori e sono fino a 20 volte superiori nelle persone che consumano oltre 20 sigarette al giorno».

Sette pazienti su 10 già con metastasi alla diagnosi

La strategia migliore per non ammalarsi, dunque, sarebbe non fumare. Ma a giustificare l'elevato numero di decessi che il cancro ai polmoni provoca ogni anno (oltre 33mila solo nel nostro Paese) c'è anche il fatto che si tratta di una neoplasia subdola che spesso non presenta sintomi fino allo stadio avanzato. Al momento della diagnosi, infatti, il 70 per cento dei pazienti si presenta già con una malattia metastatica, inoperabile e le possibilità di guarigione sono esigue. Da anni, per ridurre la mortalità, si studiano efficaci strategie di diagnosi precoce e verificare se sia possibile attuare anche per il cancro al polmone controlli «a tappeto» su tutta la popolazione sana, come è stato fatto per il cancro al seno con la mammografia, quello al colon con il test per la ricerca nel sangue occulto nelle feci e all'utero, con Pap test e test Hpv. Le sperimentazioni fatte sul cancro al polmone (in Italia esistono tre grandi progetti DANTE, MILD e COSMOS), però, prendono sempre in considerazione per lo screening le persone più a rischio di ammalarsi: ovvero i forti tabagisti, che fumano da parecchi anni, e hanno un'età superiore ai 50 anni. E ruotano tutte intorno alla Tac spirale, uno strumento estremamente sensibile che individua lesioni e noduli polmonari anche molto piccoli, ma l'elevato numero di falsi positivi che il test può dare rende indispensabile abbinarla al esami complementari.

Progetto DANTE: la TAC spirale da sola non basta

«Lo studio DANTE (Diagnostica Avanzata per lo screening delle Neoplasie polmonari con Tac e biologia MolecolarE) è partito nel 2001 e ad oggi ha coinvolto circa 2.500 forti fumatori di sesso maschile con un'età compresa tra i 60 e i 74 anni di età – spiega Maurizio Infante, responsabile della Sezione di Ricerca Clinica in Oncologia Toracica di Humanitas e coordinatore dello studio, finanziato dalla Lilt di Milano -. Si è basato in particolare sull'utilizzo della TAC spirale e di test di biologia molecolare sull'espettorato. Lo scopo era verificare se l'applicazione su larga scala di questi test diagnostici potesse aiutare a ridurre la mortalità per carcinoma del polmone nella popolazione generale, ma gli esiti finora disponibili dicono che non esistono prove sufficienti per raccomandare la TAC spirale come procedura di screening di routine nei forti fumatori». Perché uno screening sia approvato, infatti, bisogna valutarne attentamente benefici e costi, che nel nostro Paese vengono poi sostenuti dal Sistema sanitario nazionale che offre gratuitamente il test ai cittadini.

Fondamentale capire se il tumore è aggressivo o no

Un altro studio iniziato dieci anni fa (il MILD, Multicenter Italian Lung Detection), ideato e coordinato da Ugo Pastorino, direttore dell' Unità Operativa di Chirurgia Toracica all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, non ha rilevato differenze significative in termini di riduzione di mortalità tra i soggetti sottoposti alla TAC annualmente e quelli che hanno effettuato la TAC con cadenza biennale. «Diversamente da quello che si pensava, l'anticipazione diagnostica non è ancora in grado di evitare un numero significativo di decessi – continua Infante -. Esistono, infatti, tumori che si comportano in maniera anomala: alcuni sono molto aggressivi, altri sono indolenti o a crescita lenta. Ma distinguerli è difficile e sono allo studio algoritmi diagnostici e terapeutici per bilanciare gli effetti a volte negativi delle terapie rispetto alla scarsa aggressività della malattia, riducendo al minimo i fenomeni della sovradiagnosi e la percentuale di procedure chirurgiche inutili».

Lo studio bioMILD: Tac spirale ed esame del sangue

«Abbiamo capito che è necessario lavorare per restringere il campo dei soggetti da sottoporre allo screening tramite la TAC spirale – dice Pastorino -. Lo studio bioMILD, iniziato nel 2013, amplia la prospettiva di DANTE perché abbina alla TAC spirale un semplice esame del sangue che va alla ricerca dei microRNA, piccole molecole che, come interruttori, accendono e spengono i nostri geni. Sappiamo che i microRNA sono rilevanti anche nell'insorgenza e progressione dei tumori e hanno un ruolo potenziale nella diagnosi e nella prognosi. In pratica, possono predire lo sviluppo di cancro polmonare e farci distinguere le forme più aggressive da quello che lo sono poco o per nulla». Lo studio è ancora in atto e il reclutamento di volontari ancora aperto, ma l'ipotesi è che la combinazione dei due esami potrebbe incrementare l'efficienza della TAC spirale in un programma di screening riducendo il numero di TAC di controllo in un alto numero di soggetti ed evitando follow-up invasivi non necessari.ù

Molte questioni ancora aperte

«Rimangono aperte alcune questioni sulle quali i numerosi studi ancora in corso dovrebbero dare una risposta – conclude Alloisio, che è anche coordinatore delle Chirurgie Specialistiche di Humanitas Cancer Center -. Di grande importanza sarebbe individuare la popolazione “target” da sottoporre a screening e con essa definire il rischio individuale di cancro polmonare, con l'obiettivo di selezionare i soggetti a rischio più elevato definendo anche il ruolo della misurazione di biomarcatori precoci. Altre domande non hanno ancora ricevuto una risposta definitiva: non è ancora chiaro quale sia il protocollo ottimale per la conduzione dello screening (età, intervallo tra i passaggi di screening, efficacia nei fumatori correnti ed ex fumatori) e non si sa ancora quale sia la dimensione del fenomeno della sovradiagnosi, la modalità ottimale di gestione dei noduli polmonari sospetti, il rapporto costo-efficacia delle procedure di screening e degli eventi correlati e il valore aggiunto delle procedure di screening sulle politiche di prevenzione primaria e di cessazione del fumo». Si attendono però importanti risposte già nei prossimi mesi: a settembre durante il congresso americano dell'International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC) dovrebbero infatti venire resi noti gli esiti di una grossa indagine olandese su 16mila persone che potrebbe dare agli esperti alcune informazioni determinanti per capire in che direzioni muoversi.

ONCOLOGIA Efficace il controllo delle neoplasie ematologiche

Cure mirate per battere i tumori

La guarigione per le leucemie, i linfomi, i mielomi, è oggi un obiettivo concreto

Luigi Cucchi

— Oggi visono terapie sempre più efficaci per curare i tumori del sangue e del midollo osseo, come leucemie, linfomi e mieloma. Aumentano gli esami strumentali, i trials attivati (protocolli di ricerca clinica) e la messa a punto di nuovi principi attivi che consentono il controllo della malattia e in molti casi portano alla guarigione. Molte di queste malattie, come le leucemie, si sviluppano quando alcune cellule del sangue acquisiscono delle mutazioni del DNA - la sede delle informazioni che regolano l'attività delle diverse cellule. Queste anomalie fanno sì che la cellula cresca e si divida più rapidamente e che sopravviva più a lungo di una cellula normale. Nel tempo, queste cellule alterate possono sopraffare le altre cellule normali del midollo osseo, causando i segni e i sintomi della leucemia. La diagnosi avviene dopo un esame del sangue che evidenzia la presenza di valori anomali di globuli bianchi, globuli rossi e piastrine. Viene poi prelevato un campione di midollo osseo per poter analizzare le caratteristiche delle cellule malate. L'esame è eseguito con un ago sottile ed è una procedura ambulatoriale. Il trattamento della leucemia dipende da vari fattori, come il tipo

di malattia (leucemia acuta o cronica, mieloide o linfoide), l'età e le condizioni del paziente (presenza di altre malattie). Le principali forme di terapia comprendono: chemioterapia (farmaco somministrato per bocca o per via endovenosa), terapie bersaglio (farmaci mirati a specifiche alterazioni), terapie biologiche (aiutano il sistema immunitario), radioterapia (radiazioni ionizzanti) trapianto di cellule staminali (si sostituiscono le cellule del midollo osseo malate). La disponibilità di terapie innovative, soprattutto quelle con farmaci e anticorpi monoclonali in grado di attaccare specificamente le cellule patologiche risparmiando quelle sane, ha modificato radicalmente lo scenario di queste malattie portando a risultati di sopravvivenza prima irraggiungibili, ma ha determinato la crescita dei costi sanitari ad esse correlati.

Farmacologi, ematologi, esperti sanitari, hanno discusso a Roma al convegno Horizon Scanning in Ematologia, dei problemi relativi alla gestione sanitaria e terapeutica dei tumori del sangue, alla luce di una ricerca effettuata dal CEIS-Tor Vergata di Roma che ha evidenziato per i tumori del sangue un calo delle giornate di ricovero, diminuite del 15 per cento tra il 2004 e il 2011

(da oltre 192mila a poco più di 162mila), mal' aumento del costo per il ricovero è cresciuto del 65,9 per cento passando da circa 4.200 euro nel 2004 a circa 7.000 euro nel 2011. In particolare per il linfoma di Hodgkin e i mielomi si è registrato un incremento dei costi sanitari diretti, con una crescita rispettivamente del 115 e del 110 per cento.

Secondo il professor Pier Luigi Canonico, ordinario di farmacologia all'università del Piemonte orientale A. Avogadro - per ottimizzare l'approccio alle neoplasie ematologiche occorre conoscere gli sviluppi della ricerca e le possibilità di utilizzo di nuovi farmaci per poter mettere a disposizione dei decisori sanitari una serie di criteri per programmare il futuro».

«L'analisi dei costi sostenuti dal Servizio Sanitario Nazionale - dichiara Francesco Saverio Mennini, Research director del CEIS Economic Evaluation and HTA - non considera i costi indiretti. Sulla base del rapporto FAVO 2010-2015, le prestazioni previdenziali sono passate tra il 2009-12 da 935 a un miliardo e 100 milioni di euro». Al convegno si è rilevato che le nuove terapie possono contribuire alla loro riduzione, proprio per la capacità di allungare i periodi liberi dalla malattia, comprendendo i costi assistenziali e sociali.



PROGRESSI

Le terapie innovative hanno ottenuto grandi risultati nei tumori del sangue: oggi spesso si ottiene la guarigione totale



Dir. Resp.: Attilio Giordano

SOSTANZE PERICOLOSE

Le combinazioni che alimentano il rischio tumore

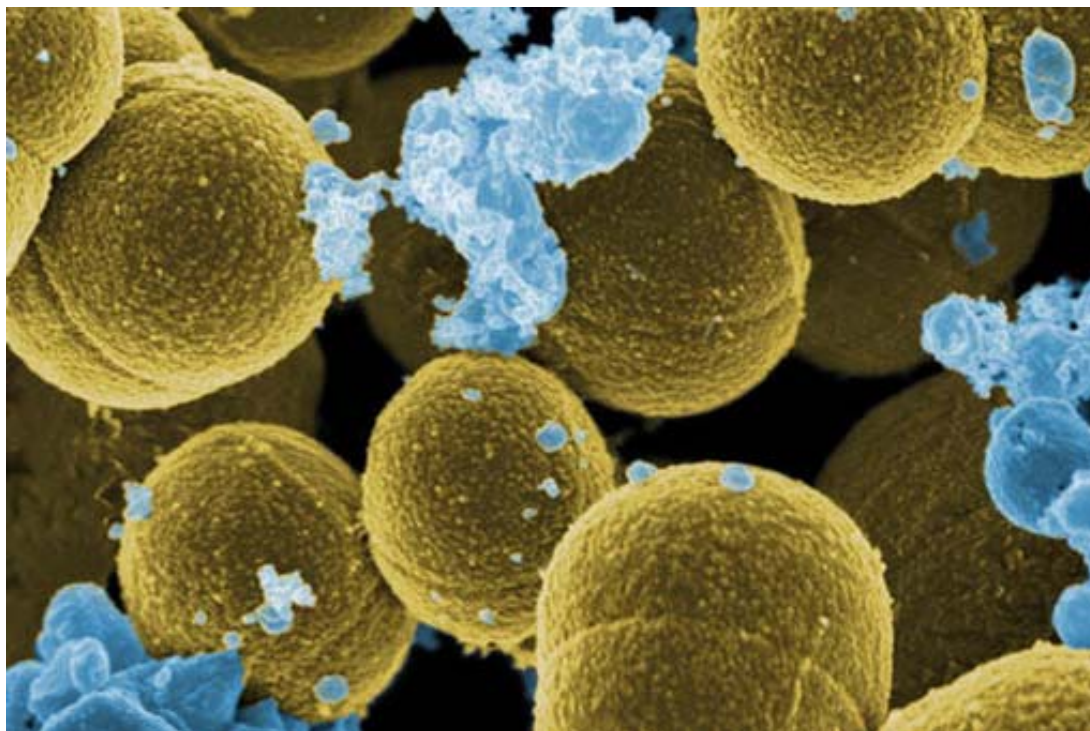
I tumori sono in aumento da decenni, complici l'invecchiamento della popolazione, ma anche le tante sostanze chimiche immesse in aria, acqua e cibo che, secondo l'Oms, provocano il 7-10 per cento dei casi. Di alcune, per esempio il benzopirene del fumo, si conosce la capacità di generare da sole il cancro (nella foto sotto, cellule malate). Ma altre sostanze potrebbero farlo combinate fra loro, visto che ognuna può innescare uno o alcuni dei meccanismi necessari per sviluppare i tumori: dare il via alla riproduzione incontrollata delle cellule, impedirne la morte, nasconderle al sistema immunitario o permettere loro di infiltrarsi nei tessuti. Lo dicono 12 ricerche, pubblicate su *Carcinogenesis*, condotte da 174 ricercatori, fra i quali Chiara Mondello e Ivana Scovassi, dell'Istituto di genetica molecolare del Cnr. «Abbiamo identificato 50 composti in grado di influenzare uno o più meccanismi della carcinogenesi», dice Mondello. «L'effetto cancerogeno del venire a contatto contemporaneamente con alcuni di questi agenti non può essere ignorato». Fra questi il bisfenolo A, gli ftalati, molti insetticidi, fungicidi ed erbicidi, i ritardanti di fiamma bromurati, il triclosano (disinfettante), alcol, nicotina e nanoparticelle. (al.sa.)



CORBIS



Superbug e agenti patogeni, arriva il test che li identifica facilmente e rapidamente



23 luglio 2015

Le malattie infettive come l'epatite C e alcune derivanti dai superbatteri più letali del mondo (tra cui *C. difficile* e MRSA cioè lo stafilococco aureo resistente alla meticillina), potrebbero presto essere diagnosticate in anticipo rispetto a quanto si possa fare ora.

Questo grazie a un test diagnostico unico, progettato per identificare facilmente e rapidamente agenti patogeni pericolosi. Il nuovo metodo è stato pubblicato online sulla rivista *Angewandte Chemie International Edition*.

"Superbatterio uccide 2 persone a Los Angeles"... "Carne contaminata in UK da MRSA"... sono notizie degli ultimi mesi e come queste tante altre che lanciano l'allarme su batteri sempre più resistenti agli antibiotici che infettano gli animali ma anche l'uomo e che rapidamente possono portare anche al decesso.

Gli esperti dell'Organizzazione mondiale della Sanità pochi mesi fa lanciavano l'allarme riguardo alla diffusione di batteri potenzialmente mortali che eludono anche i più potenti antibiotici.

Servono nuovi farmaci ma anche nuove metodiche per identificare in modo rapido queste minacce. A questo hanno pensato i ricercatori della McMaster University sviluppando un nuovo modo per rilevare le più piccole tracce di metaboliti, proteine o frammenti di DNA. In sostanza, il nuovo metodo può rilevare qualsiasi composto collegato alla presenza di malattie infettive, sia respiratorie che gastrointestinali.

"Il metodo che abbiamo sviluppato ci permette di rilevare target a livelli che non hanno precedenti", ha dichiarato il dr. John Brennan, direttore del McMaster's Biointerfaces Institute, dove è stato eseguito il lavoro. "Il test ha la migliore sensibilità mai segnalata per un sistema di rilevamento di questo tipo, arriva fino a 10.000 volte la sensibilità di altri sistemi di rilevamento" ha proseguito il dr. Brennan.

Utilizzando tecniche sofisticate, i ricercatori hanno sviluppato un dispositivo molecolare fatto di DNA che può essere commutato 'su' una specifica molecola scelta dal ricercatore, come un certo tipo di indicatore di malattia o una molecola di DNA che rappresenta il genoma di un virus, un'azione porta ad un massiccio

segnale amplificato che può essere facilmente individuato.

Un altro importante vantaggio del nuovo test, dicono i ricercatori, è che il metodo non richiede attrezzature complicate e i test possono essere eseguiti a temperatura ambiente in condizioni normali.

"Questa sarà la base per creare i futuri test diagnostici", ha spiegato il prof. Yingfu Li, professore nei dipartimenti di Biochimica e Scienze Biomediche, Chimica e Biologia Chimica della McMaster.

"Questa invenzione-ha continuato il dr. Yingfu Li- permetterà di rilevare tutto ciò a cui potremmo essere interessati, contaminazione batterica ma anche una molecola proteica che è un marcatore del cancro. Il nostro metodo può sensibilmente rilevare tutto, e può farlo in un periodo relativamente breve di tempo. "

I ricercatori stanno lavorando per spostare il test su una superficie di carta per creare un test portatile, che eliminerebbe completamente la necessità di strumenti di laboratorio, permettendo agli utenti, medici di famiglia per esempio, di eseguire il test.

Il Biointerfaces Institute ha sviluppato una serie di tecnologie di screening su carta, che consentono agli utenti di creare chiare e semplici risposte che appaiono sulla carta e che indicano la presenza di infezioni o contaminazioni nelle persone, nel cibo o nell'ambiente.

Emilia Vaccaro

Liu M et al. Biosensing by Tandem Reactions of Structure Switching, Nucleolytic Digestion, and DNA Amplification of a DNA Assembly. *Angew Chem Int Ed Engl.* 2015 Jun 26. doi: 10.1002/anie.201503182. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26119600>

[[chiudi questa finestra](#)]

L'inchiesta Al San Camillo non manca solo l'elettrobisturi, non ci sono nemmeno gli anestesisti

L'Italia deve importare i chirurghi

Le scuole di specializzazione ne preparano pochi. Piazza: «Solo 6mila all'anno»

Rianimatori

La carenza allunga da tre giorni a sei settimane l'attesa

Antonio Sbraga

■ «Le carenze di sale operatorie, anestesisti e elettrobisturi, denunciate al San Camillo, sono quasi un lusso in confronto al resto del sistema sanitario nazionale: io mi sono ritrovato ad operare senza guanti e senza garze». È tagliente, e non solo per deformazione professionale, l'analisi del professor Diego Piazza, presidente dell'Acoi, l'associazione dei chirurghi ospedalieri italiani, sullo stato di salute dei nosocomi. Nei quali, tra non molto, si dovrà fronteggiare un'ennesima carenza: «Certo, tra poco saremo costretti ad importare chirurghi dagli altri paesi, una vera e propria emergenza nazionale - avverte Piazza - perché la generazione formata negli Anni Ottanta sta per andare in pensione e i tagli lineari alle borse di studio, insieme alla cattiva programmazione degli ultimi decenni, mettono fuorigioco il 40 per cento dei laureati in medicina. Ogni anno, infatti, su diecimila medici solo seimila vengono ammessi nelle scuole di specializzazione, col resto disperso tra fuga dei cervelli all'estero e disoccupazione da medicina generale. Mentre c'è necessità di coprire i buchi enormi in alcune branche di specializzazione, a partire da chirurghi e anestesisti».

Proprio la penuria di medici rianimatori ha fatto esplodere la protesta del Tribunale per i diritti del malato del Lazio che, nel reparto di Neurochirurgia del San Camillo, ha denunciato la situazione di «alcuni pazienti, affetti da tumore, che hanno la richiesta medica di intervento chirurgico entro

Il sindacato Acoi

«Pochi i medici per sostituire quelli che vanno in pensione»

tre giorni, in attesa fino a sei settimane per carenza di anestesisti». Una penuria «che è stata rappresentata alla direzione regionale», ha ricordato il direttore generale dell'azienda San Camillo-Forlanini, Antonio D'Urso, annunciando per il Giubileo la realizzazione di ulteriori 20 posti letto di Terapia intensiva. «Ma non bastano, perché le carenze di quei posti letto sono tra le più gravi nell'intero sistema sanitario nazionale - avverte il presidente Piazza - Strutture salva-vita che nessuno può comprarsi privatamente nè cercare all'estero perché semplicemente non c'è tempo per farlo. Invece d'implementare la rete di emergenza spesso si fa il gioco delle tre carte, spostando letti da una parte all'altra».

Posti che però scarseggiano anche per chi cerca un letto nei reparti di Chirurgia generale: al San Camillo «ci sono oltre mille pazienti in attesa fino ad un anno e mezzo per interventi ortopedici, gastroenterologici e di chirurgia ricostruttiva a causa della carenza di sale operatorie», come ha denunciato Cittadinanzattiva Tdm. «Crea ingorghi tra l'accesso nei Pronto soccorso sovraffollati e l'accettazione nei vari reparti, carenti non solo di letti ma di medici e infermieri - diagnostica Piazza - L'appropriatezza, non sempre adeguata, nella richiesta di prestazioni allunga a dismisura le liste d'attesa».

Nel reparto di Urologia del San Camillo ci sono «trenta pazienti oncologici che attendono da oltre un mese gli interventi, sospesi a causa della rottura di un elettrobisturi, fuori uso da mesi».



L'uomo del futuro / 3 La trasformazione del corpo in un laboratorio

Saremo come lucertole, con organi rigenerati e "coltivati" in provetta

Con interventi genetici mirati, coltura di staminali e super farmaci sarà possibile riparare il cuore dopo un infarto o curare l'Alzheimer. Le nuove frontiere della ricerca imitano **vermi, pesci, salamandre**

di **Eliana Liotta**

Verrà un giorno, chissà, in cui somiglieremo alle lucertole. Così come la loro coda mozzata rispunta, i nostri arti potranno ricrescere. Idem gli organi interni, il cervello e il sistema nervoso. Il rene da dialisi rinascerà, i neuroni minacciati dall'Alzheimer rifioriranno, il midollo spinale interrotto del paraplegico si ricongiungerà. Suona come fantascienza, eppure le aspettative si concentrano su questo: la medicina rigenerativa, la possibilità di attivare a comando la capacità di ogni cellula di replicarsi generando tessuti o, con copie via via differenziate, intere parti del corpo.

I rami di studio sono due: il più nuovo è l'intervento genetico, per indurre la divisione cellulare a monte, agendo sul Dna, il più battuto è la coltura di staminali da impiantare nel paziente. «Credo che i due filoni confluiranno», commenta il genetista Edoardo Boncinelli. «Ci vorrà del tempo, le difficoltà restano notevoli, e sono deluso da ciò che non è successo con le staminali».

Tra quanto arriveremo al traguardo? «Arduo fare previsioni, ma se qualche anno fa mi avessero raccontato i risultati di oggi, io per primo non ci avrei creduto», risponde Valerio Cervelli dell'Università Tor Vergata, presidente della Conferenza

internazionale sulla chirurgia plastica rigenerativa che si terrà a Roma a dicembre. «Posso dire che in tutto il mondo gli scienziati lavorano per trasformare il corpo in un laboratorio prodigioso che produca da sé i pezzi di ricambio».

Quel che non va più risorge. «Il futuro è della medicina rigenerativa, è l'unica soluzione», si dice convinto anche Mauro Giacca, professore di Biologia molecolare all'Università di Trieste, nonché direttore del Centro internazionale di ingegneria genetica e biotecnologie (Icgeb). «La vita si allunga, ma restiamo incapaci di riparare i danni che alcuni organi fondamentali subiscono nel tempo. Ed è il motivo

Parti del corpo su misura? Le otterremo dalle biostampanti 3D



«**M**i stampi un polmone, per piacere». Sembra incredibile ma un domani si potrebbe sentire una frase del genere. «Il sogno è la creazione di una **biostampante 3D** in grado di generare tessuti e organi, partendo dalle staminali», racconta Valerio Cervelli, direttore della cattedra di Chirurgia plastica dell'Università Tor Vergata di Roma e consigliere della Società italiana di chirur-

gia plastica, ricostruttiva ed estetica (Sicpre), che ha istituito un capitolo di ricerca dedicato proprio alla rigenerazione. Diversi istituti universitari sperimentano la possibilità. Gli scienziati del Fraunhofer Institute of Interfacial Engineering and Biotechnology (Igb) di Stoccarda, per esempio, hanno sviluppato un idrogel a base di cellule che si solidifica quando viene irradiato da raggi

ultravioletti: potrebbe essere usato per stampare i tessuti, vasi capillari inclusi, in modo da permettere il flusso sanguigno. E negli **Stati Uniti** operano società private per la produzione di bioprinter. La strada è segnata, la domanda è "quando". Cinque anni o anche meno, rispondono gli ottimisti. Negli ospedali si fa già ricorso a una serie di trattamenti che inducono la riparazione di ossa o tessuti molli, per esempio

dopo incidenti stradali. «Da tempo utilizziamo le staminali contenute nel grasso, prelevato da fianchi o pancia del paziente, e le aggiungiamo con i fattori di crescita», **continua Cervelli**. «Stiamo studiando come aumentare la capacità di differenziazione delle cellule, in modo da ottenere tessuti muscolari, ossei o cartilaginei da pochi centimetri cubi di grasso».

E. L.



Traguardi sempre più avanzati

Le nuove scoperte in materia di rigenerazione dei tessuti hanno già permesso di affrontare le grandi ustioni, di ricostruire la cornea, il trattamento di malattie immuno-ematologiche, il trapianto di midollo. Ma la nuova frontiera riguarda la cura delle malattie cardiache, le patologie degenerative del cervello, i reni, il pancreas.

condo: servono a sostituire, per esempio, globuli rossi e globuli bianchi, intestino o pelle. Il corpo sana le proprie ferite o le ossa fratturate. E il fegato, ricordando il mito greco di Prometeo, può ricostituirsi dopo asportazioni fino a due terzi del totale. «Sangue o pelle si svecchiano di continuo, le loro staminali sono delle "professioniste", mentre nel cervello o nel cuore lavorano delle "staminali dilettanti", così come nel muscolo, che si rinnova solo due, tre volte nella vita», spiega Giulio Cossu, professore di Medicina rigenerativa all'Università di Manchester, tra i protagonisti del simposio "The future of science", in programma a Venezia dal 17 al 19 settembre. «Non a caso gli ambiti in cui si sono ottenuti successi con le staminali sono il trattamento di grandi ustioni, la ricostruzione della cornea, il trattamento di malattie immuno-ematologiche, il trapianto di midollo».

Cossu, insieme a un team internazionale, è riuscito qualche mese fa per la prima volta a ricreare nei topi un muscolo. Cellule adulte, modificate geneticamente per produrre un fattore di crescita proteico che stimola lo sviluppo dei vasi sanguigni, sono state coltivate in laboratorio e innestate, all'interno di un specifico biomateriale, al posto di un tibiale danneggiato: hanno dato origine a un muscolo che ha ripreso la sua attività. «Siamo confortati dal successo del nostro lavoro, ma è chiaro che dovremo continuare a sperimentare prima di iniziare studi clinici sull'uomo», precisa Cossu, che tenta da anni di risolvere i problemi delle distrofie muscolari.

Le modifiche genetiche. La ricerca avanza su più fronti: copiare dal mondo animale, lavorare sulle staminali, sperimentare l'ingegneria genetica. È notizia recentissima che un pool di biologi dell'americana Tufts University abbia ricostruito il procedimento che consente a un piccolo verme, la planaria, di rimediare addirittura a una metà del suo corpo, riproducendo tutte le cellule, da quelle dell'intestino ai neuroni. La qualità straordinaria di questo invertebrato degli stagni è stata un rompicapo

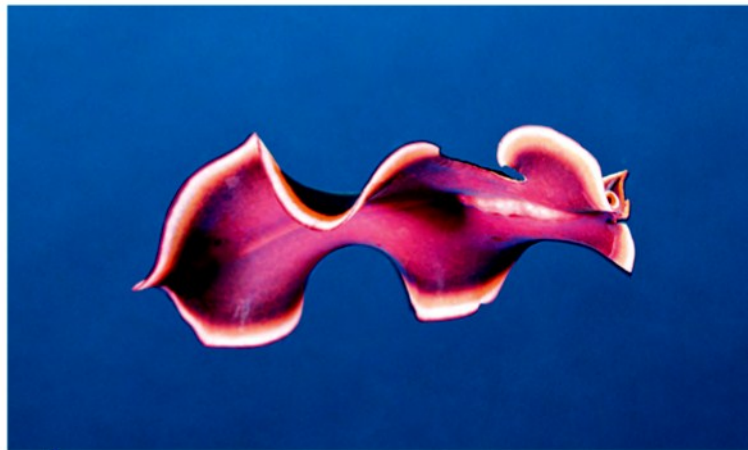
per cui sono in crescita vertiginosa le malattie degenerative. Una persona su tre sopra gli 80 anni è affetta da una forma di demenza, perché non si rigenerano i neuroni della corteccia cerebrale. Niente da fare per le cellule beta del pancreas, con 170 milioni di diabetici nel mondo. Tra gli over 75, la metà ha un problema dell'udito e oltre il 30 per cento della retina. Anche le cellule del cuore non si riformano e, purtroppo, lo scompenso cardiaco è una delle prime cause di morte nel mondo, secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità». È il decadimento legato alla vecchiaia, un dramma individuale, economico e sociale.

I successi con le staminali. Il punto di vista incoraggiante è che non c'è da inventare nulla. «Bisogna scoprire il programma genetico in base al quale alcuni processi di rigenerazione avvengono in natura e altri invece cessano», dice Boncinelli. Nei mammiferi non succede quel che è prassi in animali come salamandre o pesci, in cui le parti amputate vengono rimpiazzate. È vero però che nello sviluppo embrionale le staminali danno origine a tutto il corpo: ogni vivente si forma sempre a partire da una sola cellula. E il processo di rigenerazione non si esaurisce in fase fetale o infantile. Un essere umano adulto produce 25 milioni di nuove cellule al se-

Un gruppo di ricercatori ha scoperto come un piccolo verme, la planaria, riesce a ricostruire la metà del suo corpo: una capacità che i mammiferi devono recuperare

per circa un secolo e c'è voluto un sistema di intelligenza artificiale per riunire tutti i dati disponibili, fino a scoprire il mix di geni e meccanismi molecolari che controllano le cellule staminali, autrici della rigenerazione. Sarà un modello di ricerca per tecniche, si spera, utili a noi umani che, nel corso dell'evoluzione, abbiamo perso come gli altri mammiferi il lusso di rinascere da noi stessi.

Anziani più sani. E la modalità adottata da salamandre e pesci è stata alla base del risultato di Mauro Giacca, che con la sua équipe è riuscito a risanare senza alcuna cicatrice il cuore infartuato dei topi, guadagnandosi una pubblicazione su Nature nel 2012. Come? I ricercatori triestini hanno identificato frammenti di materiale genetico, per la precisione 40 molecole di microRna, in grado di risvegliare quei geni che nel feto fanno crescere il cuore e che negli adulti si mettono a dormire, in modo che possano innescare il sistema antico in grado di produrre nuove cellule cardiache. «Questi microRNA, somministrati con un'iniezione a un topino che ha subito un infarto, rimettono in moto le cellule cardiache adulte, che si moltiplicano», continua Giacca, che sarà tra i relatori di un incontro dedicato alla medicina rige-



REINHARD DIRSCHNER/JULIEN BILD VIA GETTY IMAGES

Strutturati per non invecchiare mai

Un verme piatto marino (*pseudocerus*): può essere considerato "immortale", essendo in possesso di una capacità illimitata di rigenerare le proprie cellule. Più che non morire, non invecchia mai.

nerativa a Trieste Next, il salone europeo della ricerca scientifica in calendario dal 25 al 27 settembre. Sempre nei roditori, scienziati dell'Università di Edimburgo, l'anno scorso, sono riusciti a indurre la formazione del timo, che alberga vicino al cuore. Nei vertebrati, umani inclusi, quest'organo è fondamentale nel sistema immunitario: attivissimo alla nascita, può atrofizzarsi negli anziani, che diventano più vulnerabili perfino a una banale influenza. Ai topi è bastato somministrare una proteina (Foxn1) che agisse sul genoma, modificandolo, per stimolare poi con un farmaco la ricostruzione del timo da parte di cellule di tipo staminale. Se funzionasse anche per gli uomini, ci assicurerebbero una vecchiaia meno fragile. «La visione prevalente, fin qui, è stata di coltivare tessuti in laboratorio con staminali prelevate dal paziente», dice Giacca. «Purtroppo i risultati sono stati fallimen-

tari in molti ambiti. Aggiungo: se anche tra dieci anni si mettesse a punto questo sistema sarebbe laborioso, personalizzato e costoso. Siamo sette miliardi nel mondo, una metodica del genere sarebbe di beneficio per una percentuale esigua. Da tre, quattro anni la ricerca mira piuttosto a capire come ripristinare il programma genetico che stimoli gli organi a rigenerarsi direttamente nei pazienti». Ma in che cosa consiste un intervento genetico? «Si usano e si useranno sempre di più farmaci biotecnologici», spiega Giacca, «ossia basati su proteine (fattori di crescita) o su frammenti di Dna e Rna. Queste sostanze possono entrare nel nucleo cellulare e modificare l'espressione di uno o più geni». Molecole inoculate o ingerite per riportarci alle origini, quando il corpo era ancora da costruire e la vita nascente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

È italiano il primo farmaco al mondo per ricostruire la cornea

Il primo prodotto medicinale al mondo a base di staminali è stato brevettato in Italia a febbraio scorso. Si chiama Holoclar e sarà presto disponibile per ridare la vista a pazienti che hanno subito ustioni fisiche o chimiche della cornea, la parte anteriore dell'occhio, ricostruendo l'epitelio a partire da poche cellule moltiplicate in laboratorio. Il successo si deve alla ricerca ventennale di due scienziati del Centro di medicina rigenerativa "Stefano Ferrari" dell'Università di Modena e Reggio Emilia, Michele De Luca e Graziella Pellegrini. «La cura è personalizzata, ma a viaggiare sono solo le cellule», ha spiegato Pellegrini. «A partire da un prelievo di 1-2 millimetri da un'area integra del paziente, possiamo produrre nel nostro Centro

una nuova superficie corneale che l'organismo riconoscerà come propria». Secondo le stime, sarebbero un migliaio l'anno i pazienti europei a poter essere trattati con Holoclar, che in alcuni casi rappresenta un'alternativa al trapianto di cornea. L'intervento, anche a distanza di anni dall'incidente, riesce produce una guarigione definitiva in oltre tre quarti dei casi, come ha descritto nel 2010 uno studio dell'équipe pubblicato sul New England Journal of Medicine. E ora i ricercatori sono già al lavoro per ottenere la registrazione di Hologene, lembi di pelle geneticamente modificata per trattare una rara malattia genetica, l'epidermolisi bollosa.

E. L.

<http://www.adnkronos.com/salute/sanita/>

Per la prima volta un farmaco rallenta l'Alzheimer, positivi i test sui malati



Il primo farmaco in grado di rallentare il morbo di Alzheimer potrebbe essere disponibile nel giro di 3 anni, dopo i risultati positivi dei trial clinici, che mostrano una riduzione del declino mentale di un terzo. Risultati raggiunti in persone con sintomi iniziali e lievi di malattia, ha annunciato Eli Lilly, l'azienda produttrice di solanezumab, la molecola su cui sono riposte ora tante speranze contro il morbo ruba-memoria.

Per la prima volta un farmaco si è mostrato efficace nel modificare i processi alla base della malattia, e non solo nell'agire sui sintomi rallentando il declino cognitivo. Gli studi clinici sono ancora in corso e non termineranno prima della fine dell'anno. Ma il trattamento potrebbe essere disponibile già nel 2018 - si legge sul Telegraph - se arriverà in tempi rapidi il via libera dell'Agenzia dei farmaci britannica (Mhra) e dell'Istituto nazionale per l'eccellenza clinica (Nice). L'annuncio dell'azienda è stato intanto accolto dall'entusiasmo di medici e associazioni di pazienti.

"Non stiamo parlando di uno studio condotto sui topi, ma su malati. E questo conta", commenta Richard Morris, professore di neuroscienze all'università di Edimburgo. La molecola è un anticorpo che si lega all'amiloide, sostanza proteica patologica, quando è ancora allo stadio solubile permettendo all'organismo di spazzarla via prima che formi le pericolose placche.

Il farmaco era stato sviluppato inizialmente per le persone con demenza avanzata, ma si è rivelato inefficace. I ricercatori hanno notato però che aveva un effetto sui pazienti con sintomi lievi.

Il trial clinico ha seguito 1.322 malati iniziali di Alzheimer per 3 anni e mezzo: il farmaco ha ridotto di un

terzo il declino mentale rispetto al placebo. Si aspettano ora i risultati della fase 3.

Giovedì 23 LUGLIO 2015

Manovra d'estate. Quello "scippo" al Ssn di cui nessuno si vuol prendere la responsabilità

Nel caldo torrido di quest'estate anomala è maturata una manovrina sanitaria che solo un anno fa sembrava impossibile. In 12 mesi stracciato l'incipit del Patto per la Salute con il quale veniva invertito il trend recessivo dei finanziamenti alla salute e rilanciato il Ssn, aumentando le risorse per il triennio

La scadenza è il 18 agosto. Entro quella data il decreto legge Enti Locali, attualmente ancora in prima lettura alla Commissione Bilancio del Senato, dovrà essere convertito in legge.

Considerando che il testo del decreto deve ancora essere esaminato dalla Camera, i tempi per il varo del provvedimento, che ci interessa particolarmente da quando è stato "arricchito" dal [pacchetto di emendamenti del Governo sulla sanità](#), si fanno molto stretti.

Anche per questo la fiducia, con il probabile ricorso a un maxi emendamento governativo, è quasi scontata e quindi, salvo sorprese non immaginabili al momento, possiamo ormai fare i conti con questa inattesa manovra estiva che alla fine toglie 2,352 miliardi al Servizio sanitario nazionale in barba a quanto stabilito dal Patto della Salute esattamente un anno fa.

Il [10 luglio 2014](#), quando Governo e Regioni sancirono l'intesa sul nuovo Patto per la Salute che, dopo anni di tagli al settore, prevedeva un significativo incremento delle risorse, tutti i protagonisti dell'accordo manifestarono entusiasmo e ottimismo.

"Abbiamo messo il sistema sanitario in sicurezza" diceva [Beatrice Lorenzin](#), alla quale faceva eco il presidente delle Regioni [Sergio Chiamparino](#): "Per la prima volta, il fondo nazionale sanità è stato aumentato in modo consistente, del 2.3% rispetto all'anno precedente e ci sono garanzie che si mantenga un aumento anche per gli anni 2015 e 2016".

Esattamente un anno dopo quel Patto è stato violato. Colpa delle Regioni che non hanno voluto/potuto operare tagli in altri settori per onorare l'impegno della legge di stabilità che prevedeva un contributo di 4 miliardi al contenimento della spesa pubblica? Colpa del Governo, che non se l'è sentita di attuare quanto previsto dalla stessa legge di stabilità in caso di mancata intesa sui tagli entro il 31 gennaio (ricordiamo che l'intesa che ha stabilito la decurtazione di 2,352 miliardi alla sanità è arrivata solo il [26 febbraio](#) e che quella successiva per la individuazione dei settori ove operare i tagli è addirittura del [2 luglio scorso](#)) e quindi fare di testa propria intervenendo unilateralmente sui fondi regionali extrasanitari, così da onorare il Patto Salute di luglio?

Poco importa a questo punto. Anche perché di questi tagli nessuno sembra volersene prendere la responsabilità con uno scaricabarile tra Governo e Regioni di cui non si ricordano precedenti. Fatto sta che il Patto per la Salute 2014/2016 ha perso per strada uno degli assi portanti per la sua valenza, quello dell'inversione di tendenza al sotto finanziamento della sanità perpetrato a più riprese dai Governi **Berlusconi, Monti e Letta**.

Con il governo **Renzi**, al di là della sostanziale indifferenza manifestata fin qui dal premier sui temi della sanità, quella spirale recessiva nei conti del Ssn era stata interrotta proprio con la sigla del Patto.

Ma, e torniamo ad oggi, con quello che a suo tempo definimmo "[Harakiri delle Regioni](#)" e alle successive tappe che ci conducono al decreto Enti Locali: c'è poco da sottilizzare, la sanità pubblica prende l'ennesima botta con un taglio lineare a monte molto pesante che agirà sui bilanci di Asl e ospedali indipendentemente dal successo o meno delle misure indicate per risparmiare. Sulle quali, come ha ben relazionato il [Servizio Bilancio del Senato](#), non sono pochi i dubbi sulla loro effettiva applicabilità, sia per i tempi che per le modalità individuate dai tecnici della Salute e delle Regioni.

In altre parole, a scanso di equivoci, vogliamo semplicemente dire che il Ssn si vede decurtati a metà anno 2,352 miliardi a partire dall'esercizio in corso e per gli anni a venire. Un taglio che sarà subito operativo, a prescindere dal fatto che le Asl riusciranno o meno a ridurre l'onere dei contratti di acquisto di beni e servizi o a chiudere o meno i primariati in eccesso. E questo tanto per fare due soli esempi delle tante misure, indicate nell'intesa del 2 luglio e riprese dagli emendamenti governativi che l'hanno recepita, molto articolate nella loro esposizione quanto poco dirimenti ai fini del budget effettivo messo a disposizione di Asl e ospedali. Quel budget sarà tagliato, poco importa poi se quei tagli saranno o meno compensati da altrettanti risparmi.

Questo è quanto. E sinceramente [l'appello di Chiamparino](#) al Governo affinché dopo questi tagli non se ne operino altri, a questo punto, lascia il tempo che trova.

Cesare Fassari

<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

Spending review: il governo accelera sugli acquisti



Si è riunito per la prima volta oggi a Roma, presso il ministero dell'Economia e delle Finanze, il Tavolo tecnico dei soggetti aggregatori per l'acquisto di beni e servizi che svolgono funzione di centrali di committenza per le pubbliche amministrazioni. L'iniziativa (prevista nel dl 66/2014,) si colloca nell'ambito delle attività di Spending review e ha l'obiettivo di armonizzare e razionalizzare gli acquisti dei diversi settori pubblici. Alla riunione sono intervenuti il Capo di Gabinetto del Mef, Roberto Garofoli, e il Commissario alla revisione della spesa, Yoram Gutgeld.

Sono 34 i soggetti aggregatori attualmente iscritti al Tavolo, coordinato per il Ministero dell'Economia e delle Finanze dal capo dipartimento degli Affari generali (DAG), Luigi Ferrara. Partecipano anche un rappresentante dell'Autorità nazionale anticorruzione (Anac), della Presidenza del Consiglio dei Ministri, della Conferenza delle Regioni, dell'Anci, dell'Upi.

La spesa per beni e servizi della Pubblica amministrazione, pari a circa 87 miliardi di euro attualmente gestiti da 32.000 stazioni appaltanti, passerà in gran parte per gare indette da 34 soggetti, che effettueranno acquisti per ministeri, regioni, enti regionali, servizio sanitario nazionale, comuni (questi ultimi hanno la facoltà di ricorrere ai soggetti aggregatori, ma possono anche optare per gli acquisti attraverso unioni di comuni o consorzi). I soggetti aggregatori sono stati selezionati dall'Anac attraverso una procedura che si è conclusa con il via libera da parte della Conferenza Unificata il 16 luglio scorso. Fanno parte dell'elenco la Consip spa, una centrale di committenza

per ciascuna Regione, nove Città Metropolitane e altri soggetti che svolgono attività di centrale di committenza, qualificati presso l'Anac.

Il Tavolo ha tra i suoi compiti quello di elaborare fabbisogni di acquisto di beni e servizi delle amministrazioni e favorire la pianificazione integrata e coordinata delle iniziative dei soggetti aggregatori, per aumentare la quota di acquisti realizzata in forma aggregata. I benefici si realizzeranno in termini di:

1. Meno gare per le stesse tipologie di acquisto con maggiore standardizzazione delle procedure;

2. meno differenze di prezzo per l'acquisto degli stessi beni e servizi, con conseguenti possibili risparmi senza compromettere la qualità dei servizi.

Entro l'anno il Tavolo dovrà individuare le categorie merceologiche e le soglie di valore al di sopra delle quali le Pubbliche amministrazioni dovranno ricorrere obbligatoriamente alle gare svolte dai soggetti aggregatori. Nel 2016 la nuova procedura sarà operativa.

Nella riunione è stato nominato il 'Comitato Guida' che svolgerà il lavoro preliminare per la definizione di categorie e soglie. A settembre è prevista una nuova riunione del Tavolo.