



**adnkronos
salute**

○ 2 febbraio 2015

○ NUMERO 16 | ○ ANNO 9

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

L'orientamento della Cts dell'Aifa sarebbe di mantenere obbligo perlomeno per le minorenni

Pillola dei 5 giorni dopo, prosegue il dibattito sull'obbligo di ricetta

Prosegue il dibattito sulla 'liberalizzazione' della vendita della pillola dei 5 giorni dopo per la contraccezione d'emergenza che, come previsto da una recente delibera europea, dovrebbe essere venduta senza ricetta. L'Italia potrebbe decidere però di mantenere l'obbligo di prescrizione medica, quantomeno per le minorenni. Sarebbe infatti questo l'orientamento prevalente all'interno della Commissione tecnico-scientifica dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), che sta esaminando la questione, in attesa però di un parere da parte del Consiglio superiore di sanità (Css). Decidere di differenziare l'obbligo di ricetta per 'fasce d'età' è infatti nelle possibilità degli Stati membri che recepiscono le delibere europee relative ai farmaci. I Paesi sono anche liberi di non applicare per nulla le decisioni centrali, motivandolo in sede Ue. L'Italia è però anche l'unico Stato al mondo a richiedere, oltre alla ricetta medica, un test di gravidanza. Anche su questo nodo, e cioè sul fatto di mantenere l'obbligo del test oltre a quello di prescrizione medica per le minori di 18 anni, si attende di capi-

re quale sarà la posizione del Css. "Sono d'accordo sull'ipotesi di mantenere la ricetta per la pillola dei 5 giorni dopo in particolare per le minorenni - dice Paolo Scollo a Pharmakronos, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) - soprattutto per un discorso di controllo. Le ragazze devono parlare con un medico quando si trovano in una situazione simile e in quel momento si può fare anche un'efficace prevenzione, essendo la donna molto sensibile e recettiva, per un'ipotetica 'prossima volta'. Se questo farmaco diventa di libero acquisto, questo passaggio verrebbe a mancare. Invece dobbiamo agire molto sulla prevenzione. Credo che questo sia un punto su cui l'Europa, abolendo la ricetta, non abbia riflettuto molto e abbia così perso un'occasione. Concordo quindi nel dire che la ricetta è un utile mezzo di controllo soprattutto per le minorenni e l'Italia, mantenendo l'obbligo di prescrizione perlomeno sotto i 18 anni, farebbe un notevole passo avanti rispetto all'Europa. Per quanto riguarda il test di gravidanza, con i nuovi sistemi che abbiamo a disposi-

zione esso non comporta nulla di difficile, è un problema che è stato ingigantito. Il test serve per riflettere e per fare una scelta consapevole - conclude Scollo - che non è quella di andarsi a comprare il contraccettivo d'emergenza da sole". "Secondo anticipazioni di stampa - commenta Laura Garavini, deputata del Partito Democratico, che ha presentato un'interrogazione al ministro della Salute nella quale ricorda che questo farmaco non è abortivo perché agisce bloccando l'ovulazione e non interrompendo una gravidanza e che solo in Croazia, Grecia, Ungheria, Italia, Liechtenstein e Polonia vige l'obbligo della prescrizione - l'Aifa intende confermare l'obbligo della prescrizione medica. Decadrebbe così solo l'obbligo del test di gravidanza, che peraltro esiste solo in Italia. Aspettiamo di conoscere la decisione ufficiale, ma se fossero confermati questi orientamenti sarebbe una brutta notizia per le donne italiane che subiranno un trattamento diverso da quello assicurato alle donne degli altri Paesi europei".

Barbara Di Chiara

quotidiano**sanità**.it

01 FEBBRAIO 2015

Antimicrobici. Italia ne consuma il 43,9% in più per l'uomo e il 136,8% in più per gli animali rispetto a media Unione Europea

Publicato il primo rapporto commissionato dalla UE sull'uso di antimicrobici nell'ambito delle attività di sorveglianza all'antibiotico resistenza. L'Italia presenta consumi molto più elevati della media. Ma molti Paesi non hanno fornito tutti i dati. Sopra di noi per i consumi umani solo la Francia. Per gli animali solo Cipro. Per le cefalosporine ad uso umano siamo al primo posto in assoluto. [IL RAPPORTO](#).

Un popolo, umano e animale, di consumatori di antimicrobici. Questo risuliamo essere dai dati appena pubblicati del primo rapporto congiunto elaborato dall'*European Medicines Agency* (EMA), dall'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) e dall'*European Food Safety Authority* (EFSA).

Con 167,5 milligrammi per kilo di biomassa a fronte di una media UE di 116,4 siamo infatti al secondo posto in Europa (prima di noi solo la Francia con 175,8 mg/kg biomassa) per il consumo di antimicrobici sull'uomo e con 341 milligrammi per kilo di biomassa, a fronte di una media UE di 144, (prima di noi Cipro con 396,5 mg/kg biomassa) per quello sugli animali (i dati sono riferiti al 2012).

Da considerare, comunque che, per quanto riguarda l'uso di antimicrobici umani tra il 10%, espresso in DDD (*defined daily doses*) per 1.000 abitanti (o il 13-28%, espresso in tonnellate di sostanza attiva) avviene in ospedale e che Austria, Germania, Polonia, Regno Unito, Repubblica Ceca, Spagna e Ungheria non hanno fornito i consumi ospedalieri e quindi il dato potrebbe essere sottostimato.

Tra le varie sostanze le cefalosporine di 3^a e 4^a generazione sono quelle che usiamo più degli altri sull'uomo ponendoci in vetta ai consumi europei con 45,6 mg/kg di biomassa. Più basso invece il consumo di quelle di 1^a e 2^a generazione con 15,4 mg/kg di biomassa. Sopra di noi la Germania con il 39,3 e la Polonia con il 20,1 (da notare che questi due Paesi non hanno però fornito il dato ospedaliero e quindi il consumo potrebbe essere ancora più elevato) e la Francia con il 18,7.

Come è noto l'uso di alcuni agenti antimicrobici, sia nell'uomo che negli animali, si associa alla comparsa di una resistenza contro questi antibiotici da parte di batteri che possono dare infezioni sia nell'uomo, che negli animali. E come abbiamo visto esistono notevoli differenze nel consumo di antibiotici, a livello umano e veterinario, tra le diverse nazioni dell'Unione Europea.

Il rapporto congiunto riassume per la prima volta in un'analisi integrata con tutti i dati disponibili relativi a studi sull'uomo, sugli animali e sul cibo. E' questo il primo di una serie di rapporti che EMA, EFSA e ECDC hanno in programma di pubblicare, utilizzando i dati raccolti da diverse reti di monitoraggio. Il rapporto descrive il consumo di antibiotici e la comparsa di antibiotico-resistenza nei batteri patogeni per l'uomo e per gli animali dai quali si producono alimenti.

Sono state inoltre individuate una serie di limitazioni da correggere, per consentire di trarre ulteriori analisi e conclusioni; è il caso ad esempio dei dati sul consumo di antibiotici per specie animale, dell'impiego di antibiotici negli ospedali (dove abbiamo visto mancano i dati di ben 7 paesi) e del

monitoraggio dei batteri resistenti nella flora batterica normale delle persone sane e dei pazienti.

Quest'indagine è stata effettuata su esplicita richiesta della Commissione Europea e contiene dati relativi al periodo 2011-2012, provenienti da cinque reti di monitoraggio europee, che raccolgono informazioni dagli stati dell'Unione Europea, oltre che da Islanda, Norvegia, Croazia e Svizzera. L'approccio 'olistico' utilizzato in questa indagine mira ad utilizzare in maniera più efficace i dati disponibili e a rafforzare i sistemi coordinati di sorveglianza sul consumo di antimicrobici e sulle antibiotico-resistenze in medicina umana e veterinaria, al fine di consentire ai decisori politici di adottare le migliori strategie per combattere l'antibiotico-resistenza nell'uomo e negli animali.

Nel 2012 in 26 nazioni dell'Unione Europea sono state vendute 3.400 tonnellate di principi attivi antimicrobici per uso umano e 7.982 tonnellate da impiegare negli allevamenti di bestiame. In generale, il consumo dei fluorchinoloni e delle cefalosporine di 3° e 4° generazione è molto comune nell'uomo, mentre è da rilevare un importante impiego di alcuni antibiotici negli allevamenti animali; nell'uno, come nell'altro caso, sono emerse associazioni tra il consumo degli antimicrobici e la comparsa di antibiotico-resistenza in alcuni batteri patogeni per l'uomo (*Escherichia coli*). È stata inoltre riscontrata un'associazione positiva tra somministrazione di macrolidi ad animali fonte di cibo e la comparsa di resistenza a *Campylobacter* spp., in alcuni casi di infezione umana. Analogamente è stata riscontrata una correlazione tra consumo di tetracicline e comparsa di resistenza a *Salmonella* spp. and *Campylobacter* spp.

Sebbene questi dati possano sembrare allarmanti, gli autori invitano alla prudenza per gli attuali limiti inerenti alla raccolta dati e per la complessità del fenomeno dell'antibiotico-resistenza, influenzato da una serie di fattori oltre che dal consumo di antibiotici. Di certo e in ogni caso, è necessario promuovere un uso responsabile degli antibiotici nell'uomo e negli animali.

Maria Rita Montebelli

www.adnkronos.com/

Vincere per mamma e papà, quando i genitori costringono i figli ad amare uno sport



Prima di essere genitori hanno praticato uno o più sport. E c'è chi, da tifoso sfegatato, non si perde una partita di calcio o basket. Passioni che vorrebbero trasferire anche ai figli. Così il 40% delle mamme e dei papà spinge i piccoli tra 5 e 7 anni verso lo sport che ama, più che considerare l'inclinazione dei bambini. "È un peccato, perché in questo modo il giovane risponde più alle imposizioni, ai desideri o alle illusioni degli altri, non al piacere e all'interesse per ciò che fa. Troppi genitori, possiamo stimare 2 su 5, iscrivono i figli allo sport che piace a loro, quello nel quale si sono divertiti di più o che hanno solo sognato, oppure a quello che promette guadagni da sogno o fa tanto 'chic'". Lo spiega all'Adnkronos Salute Vincenzo Prunelli, medico e psicologo dello sport, presidente dell'Associazione nuovo sport giovani.

Tanto sport "è stato trasformato in un lavoro privo di divertimento, mentre, in concreto, il gioco con poche regole è lo strumento più efficace per provare il nuovo, imparare a vincere e scoprire nuove abilità. Sembra strano - osserva Prunelli - ma il gioco è più efficace di un discorso tecnico o dell'imitazione del gesto di un campione. Per un giovane è lo strumento per arrivare all'intuizione, alla creatività e all'ingegno che distinguono il talento. Troppi genitori vogliono far studiare il figlio da campione e pretendono che dal primo giorno impari i gesti del fuoriclasse - sottolinea il medico - salvo dover fare presto i conti con la realtà. E allora c'è quello che ne fa provare tanti, magari tutti insieme, per trovare quello giusto; quello che lo ritira dallo sport e gli fa sentire tutta la sua delusione e quello, ancora più negativo, che lo costringe a continuare fino a nausearlo".

Ma secondo l'esperto "è più tardi che gli errori e le pressioni iniziano a lasciare segni difficili da cancellare. Diffidiamo - avverte - di una formazione che è semplice addestramento, chiede solo imitazioni, non lascia spazio a critica, creatività e iniziativa libera, condanna l'errore quando è lo strumento per sperimentarsi e valuta il risultato prima delle intenzioni e dell'impegno. Oppure

della specializzazione precoce, che chiama in causa il pensiero astratto e la progettazione a lungo termine - che il bambino non possiede ancora perché vive 'qui e ora' e percepisce solo attraverso i sensi - e trasforma quello che dovrebbe essere un gioco in un lavoro. Ecco - aggiunge Prunelli - che subentrano la noia per lo sport, la mancanza di piacere e interesse e il soffocamento delle motivazioni, e si prepara l'abbandono".

In età infantile l'insistenza, l'obbligo e la costrizione sono fattori del tutto negativi. "Il giovane si rende conto di dover soddisfare bisogni e illusioni del genitore - analizza Prunelli - e allora alza il prezzo delle pretese, trascura la scuola o passa decisamente alla reazione. La creatività è un'energia che in qualche modo deve defluire, e il nostro compito è farla operare in campi positivi, altrimenti nei casi fortunati può manifestarsi come stravaganza, fatuità o inconcludenza, mentre negli altri può diventare una forza distruttiva".

L'esperto suggerisce una possibile via d'uscita: "I giovani devono misurarsi dove possono anche vincere, perché l'insicurezza che si genera nei sicuri perdenti è un peso di cui è difficile liberarsi - ammonisce Prunelli - E più sono piccoli, più è giusto lasciarli giocare in libertà, perché è l'unico percorso per arrivare al talento. Iniziamo, quindi, a pensare che il piacere delle cose che si fanno rappresenta una motivazione importante".

L'esperto traccia dunque le linee da seguire per il genitore che fa avvicinare il figlio alla prima attività sportiva: "Il ragazzino deve avere dei traguardi adatti alle sue capacità, oltre alla possibilità di superare i naturali sentimenti di inadeguatezza e ridurre e annullare la distanza che lo separa da noi. Vanno aggiunte anche la scoperta e la sperimentazione di nuove abilità - conclude Prunelli - Così il bambino riuscirà da solo ad accedere a nuove conoscenze e ricevere l'apprezzamento dell'adulto".

SCIENZA "Inventate" da un'azienda britannica, presto saranno testate in Florida Zanzare ogm contro le malattie esotiche

ROMA - Contro malattie "esotiche" ma sempre più presenti anche nei paesi occidentali perché "viaggiano" a bordo di zanzare che ormai sono familiari anche da noi, i tradizionali insetticidi, ormai "spuntati", potrebbero lasciare spazio ad armi ben più tecnologiche. Dopo gli esperimenti in aree contenute alle Cayman e in Brasile, se l'Fda darà il suo placet, sarà la Florida a testare sul campo le zanzare Ogm inventate dall'azienda britannica Oxitec già questa primavera dopo cinque anni di lavoro preparatorio.

L'obiettivo degli insetti ingegnerizzati sono le zanzare del genere *Aedes Aegypti*, parenti strette della zanzara tigre, che spinte dai cambiamenti climatici stanno facendo capolino anche in Europa. In Florida ci sono già stati i primi casi delle

malattie, e particolarmente preoccupata è la contea di Key West, la più a sud degli Usa, in un sobborgo della quale potrebbe avvenire il primo rilascio di milioni di esemplari. «Dopo anni di spray le zanzare hanno sviluppato resistenza alla maggior parte degli insetticidi - spiega Michael Doyle, entomologo del Mosquito Control District, all'emittente pubblica Npr -. Ora vogliamo essere i primi negli Usa a provare qualcosa di nuovo». Le zanzare sono sempre delle *Aedes Aegypti* ingegnerizzate con geni di due virus, di corallo e di cavolo. Gli esemplari risultanti danno vita a prole che muore prima di raggiungere l'età adulta. Il piano è di rilasciare nell'ambiente solo maschi, che non pungono l'uomo, permettendo loro di accoppiarsi con le femmine "autoctone", trasmetten-

do così tutti i geni acquisiti alla prole e abbassando la popolazione. Nei test precedenti, afferma l'azienda, si è avuto fino al 96% di riduzione della popolazione delle zanzare. «Gli esemplari che rilasciamo non vivono molto a lungo - spiega Derric Nimo, capo della ricerca di Oxitec -. Abbiamo visto che dopo i test, quando interrompiamo il rilascio, le zanzare Ogm non restano molto a lungo nell'ambiente». Le zanzare prodotte dalla Oxitec sono le prime ad essere state testate sul campo, ma l'idea di usare insetti Ogm è inseguita in diversi laboratori in tutto il mondo. All'Imperial College di Londra, ad esempio, l'italiano Andrea Crisanti sta lavorando a zanzare ingegnerizzate per ottenere solo figli maschi da usare per combattere la malaria.



Florida

Le zanzare Ogm per combattere le malattie tropicali

Zanzare geneticamente modificate per evitare la trasmissione di malattie tropicali come Dengue e Chykungunya. Dopo gli esperimenti in aree contenute alle Cayman e in Brasile, se l'Fda, agenzia per i farmaci americana, darà il suo placet, sarà la Florida a testare sul campo gli insetti Ogm inventati dall'azienda britannica Oxitec dopo cinque anni di lavoro preparatorio. «Dopo decenni di spray, le zanzare sono diventate resistenti alla maggior parte degli insetticidi. Ora vogliamo essere i primi negli Usa a provare qualcosa di nuovo», spiega Michael Doyle, entomologo del Mosquito Control District. Le zanzare Aedes Aegypti geneticamente modificate danno vita a prole che muore prima dell'età adulta. Il piano è di rilasciare nell'ambiente solo maschi, che non pungono l'uomo, permettendo loro di accoppiarsi con le femmine «autoctone», trasmettendo così tutti i geni acquisiti alla prole e diminuendo la popolazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rivoluzione a Medicina, chirurghi in cinque anni

ROMA Il ministro dell'Istruzione, Stefania Giannini, ha firmato il decreto sul riordino delle scuole di specializzazione in Medicina. Si riducono gli anni per circa 30 scuole e si ridimensionano, attraverso accorpamenti ed eliminazioni, le strutture che passano dalle attuali 61 a 55. Sette saranno le scuole che ver-

ranno eliminate o accorpate. Medicina tropicale confluirà in Malattie infettive, Neurofisopatologia in Neurologia, Chirurgia dell'apparato digerente in Chirurgia generale (che nel frattempo riduce la durata del corso da sei anni a cinque). Non esisteranno più scuole con percorsi di sei anni.

Mozzetti a pag. 14

Medicina, rivoluzione delle scuole post-laurea chirurghi in 5 anni

► Il ministro Giannini firma il decreto sulle specializzazioni
Niente più percorsi didattici di 6 anni, scompaiono 7 materie

SCUOLA

ROMA La prima pietra è stata posta. Dopo mesi di annunci il ministro dell'Istruzione, Stefania Giannini, ha firmato il decreto sul riordino delle scuole di specializzazione in Medicina. Una rivoluzione, promettono da viale Trastevere, che punta a semplificare il percorso didattico dei giovani medici e guadagnare del tempo per la loro immissione sul mercato del lavoro. Si riducono gli anni per circa 30 scuole e si ridimensionano, attraverso accorpamenti ed eliminazioni, le strutture che passano dalle attuali 61 a 55. Ora manca solo la firma del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, chiamata ad approvare il piano di riordino.

IL RIORDINO

Sette saranno le scuole che verranno eliminate o accorpate. Medicina tropicale confluirà in Malattie infettive, Neurofisopatologia in Neurologia, Chirurgia dell'apparato digerente in Chirurgia generale (che nel frattempo riduce la durata del corso da 6 anni a 5), Tossicologia medica sarà accorpata a Farmacologia. Spari-

scono, poi, le scuole di Odontoiatria clinica generale e Medicina aeronautica e spaziale. Seguono le riduzioni. Non esisteranno più scuole con percorsi di sei anni. Per cinque scuole - Statistica sanitaria, Fisica medica, Chirurgia orale, Ortognatodonzia e Odontoiatria pediatrica - gli anni di corso saranno 3, per 34 scuole, tra cui Dermatologia, Endocrinologia, Neuropsichiatria infantile, gli anni scendono da 5 a 4, mentre 16 scuole seguiranno il quinquennio di specializzazione. Chirurgia generale e Neurochirurgia recupereranno un anno, mentre il percorso resterà invariato per 14 scuole tra cui Ginecologia, Pediatria, Chirurgia pediatrica, Anestesia e rianimazione, Oncologia medica. Ma il decreto, firmato dalla Giannini, non punta solo a ridurre i tempi, perché il provvedimento mette mano anche agli ordinamenti didattici e rivede la distribuzione dei crediti. La formazione dovrà riguardare per il 70% attività professionali, vale a dire pratiche e di tirocinio. Gli specializzandi potranno fare il loro percorso all'interno di una rete formativa che non contempla più solo i reparti dei policlinici, ma si apre alle

aziende sanitarie e ospedaliere delle regioni. In questo modo il ministero, che promette già per il prossimo concorso un numero maggiore di borse di studio con 700 assegni in più grazie a fondi extra, conta di aumentare anche il contributo regionale che per il precedente concorso aveva messo a disposizione la copertura di 504 assegni.

Tuttavia, i risparmi veri e propri, prodotti dalla rimodulazione delle scuole, non si avranno nell'immediato. «I primi reali risparmi - spiega il segretario del sindacato giovani medici italiani, Walter Mazzucco - si avranno solo nei prossimi due/tre anni dal momento che il provvedimento riguarda i nuovi specializzandi ed è opzionale per gli studenti che sono al terzo anno, mentre è inutile per chi è al quarto anno».

IL CONCORSO

Un altro capitolo riguarda sia l'accesso alla facoltà di Medicina sia il nuovo concorso per gli aspiranti specializzandi. Per quanto riguarda il primo, il ministro Giannini dopo le promesse di passare al modello francese ha dovuto fare un passo indietro rimandando a data da destinarsi la

modifica per l'ingresso nella facoltà. Restano i test, da svolgere presumibilmente il prossimo settembre, con l'unica promessa di rivedere la tipologia delle domande e la preparazione dei candidati che potrebbe passare direttamente nelle mani delle università,

bandendo tutti quei corsi - veri o presunti - che promettono a cifre altisonanti la preparazione adeguata dei candidati. Per il concorso specializzandi relativo all'anno 2015/2016, il dicastero dell'Istruzione dovrebbe riuscire a licenziare il bando entro il 28

febbraio. Da allora, per legge, si dovranno aspettare sessanta giorni per lo svolgimento delle prove. Ancora da chiarire a chi affidare il delicato compito sulla trasmissione delle domande in formato elettronico alle varie sedi concorsuali.

Camilla Mozzetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La ricerca

Sostanze inquinanti nelle scuole europee

Nelle scuole italiane ed europee c'è un problema di qualità dell'aria, dalla presenza di micropolveri sottili a radon, benzene, formaldeide, in aule spesso troppo affollate. A scattare la fotografia della qualità dell'aria in 114 scuole frequentate da 5.175 bambini e 1.223 insegnanti in 54 città di 23 Paesi europei sono i risultati di Sinfonie, una ricerca finanziata dall'Ue. In Italia lo studio ha interessato due istituti di Palermo, due di Pisa e due di Milano. Respirare inquinanti significa maggiore rischio di soffrire di malattie respiratorie e non aiuta chi un problema lo ha già: l'8% degli scolari soffre di asma, il 9% di allergie e il 17% di eczema. Il 3,6% dei bambini poi, ha avuto un attacco di asma a scuola. Secondo Piersante Sestini fra gli autori della ricerca «da noi il problema principale è quello della ventilazione: per privilegiare il risparmio energetico abbiamo creato ambienti stagni», dove quindi gli inquinanti si accumulano.

**PER 34 SCUOLE
 LA DURATA SARÀ
 SOLO DI 3 ANNI
 POSSIBILE FARE
 IL TIROCINIO
 ANCHE NELLE ASL**

I numeri

NESSUNA SCUOLA DURERÀ PIÙ 6 ANNI

Accorpare 5 scuole di specializzazione
 Medicina tropicale
 Neurofisiopatologia
 Chirurgia apparato digerente
 Biochimica clinica
 Tossicologia medica

+700 le borse di studio per l'anno 2015/2016 disposte dal Miur

12.168 candidati

Stipendio medio di uno specializzando 25.000 euro lordi/anno

ELIMINATE
 Odontoiatria clinica generale
 Medicina aeronautica e spaziale

Rivoluzione a Medicina, chirurghi in cinque anni

ROMA Il ministro dell'Istruzione, Stefania Giannini, ha firmato il decreto sul riordino delle scuole di specializzazione in Medicina. Si riducono gli anni per circa 30 scuole e si ridimensionano, attraverso accorpamenti ed eliminazioni, le strutture che passano dalle attuali 61 a 55. Sette saranno le scuole che verranno eliminate o accorpate. Medicina tropicale confluirà in Malattie infettive, Neurofisopatologia in Neurologia, Chirurgia dell'apparato digerente in Chirurgia generale (che nel frattempo riduce la durata del corso da sei anni a cinque). Non esisteranno più scuole con percorsi di sei anni.

Mozzetti a pag. 14

Medicina, rivoluzione delle scuole post-laurea chirurgiche in 5 anni

► Il ministro Giannini firma il decreto sulle specializzazioni. Niente più percorsi didattici di 6 anni, scompaiono 7 materie

**PER 34 SCUOLE
LA DURATA SARÀ
SOLO DI 3 ANNI
POSSIBILE FARE
IL TIROCINIO
ANCHE NELLE ASL**

SCUOLA

ROMA La prima pietra è stata posta. Dopo mesi di annunci il ministro dell'Istruzione, Stefania Giannini, ha firmato il decreto sul riordino delle scuole di specializzazione in Medicina. Una rivoluzione, promettono da viale Trastevere, che punta a semplificare il percorso didattico dei giovani medici e guadagnare del tempo per la loro immissione sul mercato del lavoro. Si riducono gli anni per circa 30 scuole e si ridimensionano, attraverso accorpamenti ed eliminazioni, le strutture che passano dalle attuali 61 a

55. Ora manca solo la firma del [ministro della Salute, Beatrice Lorenzin](#), chiamata ad approvare il piano di riordino.

IL RIORDINO

Sette saranno le scuole che verranno eliminate o accorpate. Medicina tropicale confluirà in Malattie infettive, Neurofisopatologia in Neurologia, Chirurgia dell'apparato digerente in Chirurgia generale (che nel frattempo riduce la durata del corso da 6 anni a 5), Tossicologia medica sarà accorpata a Farmacologia. Spariscono, poi, le scuole di Odontoiatria clinica generale e Medicina aeronautica e spaziale. Seguono le riduzioni. Non esisteranno più scuole con percorsi di sei anni. Per cinque scuole – Statistica sanitaria, Fisica medica, Chirurgia orale, Ortognatodonzia e Odontoiatria pediatrica – gli anni di corso saranno 3, per 34 scuole, tra cui Dermatologia, Endocrinologia, Neuropsichiatria infantile,



gli anni scendono da 5 a 4, mentre 16 scuole seguiranno il quinquennio di specializzazione. Chirurgia generale e Neurochirurgia recupereranno un anno, mentre il percorso resterà invariato per 14 scuole tra cui Ginecologia, Pediatria, Chirurgia pediatrica, Anestesia e rianimazione, Oncologia medica. Ma il decreto, firmato dalla Giannini, non punta solo a ridurre i tempi, perché il provvedimento mette mano anche agli ordinamenti didattici e rivede la distribuzione dei crediti. La formazione dovrà riguardare per il 70% attività professionalizzanti, vale a dire pratiche e di tirocinio. Gli specializzandi potranno fare il loro percorso all'interno di una rete formativa che non contempla più solo i reparti dei policlinici, ma si apre alle aziende sanitarie e ospedaliere delle regioni. In questo modo il ministero, che promette già per il prossimo concorso un numero maggiore di borse di studio con

700 assegni in più grazie a fondi extra, conta di aumentare anche il contributo regionale che per il precedente concorso aveva messo a disposizione la copertura di 504 assegni.

Tuttavia, i risparmi veri e propri, prodotti dalla rimodulazione delle scuole, non si avranno nell'immediato. «I primi reali risparmi – spiega il segretario del sindacato giovani medici italiani, Walter Mazzucco – si avranno solo nei prossimi due/tre anni dal momento che il provvedimento riguarda i nuovi specializzandi ed è opzionale per gli studenti che sono al terzo anno, mentre è inutile per chi è al quarto anno».

IL CONCORSO

Un altro capitolo riguarda sia l'accesso alla facoltà di Medicina sia il nuovo concorso per gli aspiranti specializzandi. Per quanto riguarda il primo, il ministro Giannini dopo le promesse di passare al modello francese ha

dovuto fare un passo indietro rimandando a data da destinarsi la modifica per l'ingresso nella facoltà. Restano i test, da svolgere presumibilmente il prossimo settembre, con l'unica promessa di rivedere la tipologia delle domande e la preparazione dei candidati che potrebbe passare direttamente nelle mani delle università, bandendo tutti quei corsi – veri o presunti – che promettono a cifre altisonanti la preparazione adeguata dei candidati. Per il concorso specializzandi relativo all'anno 2015/2016, il dicastero dell'Istruzione dovrebbe riuscire a licenziare il bando entro il 28 febbraio. Da allora, per legge, si dovranno aspettare sessanta giorni per lo svolgimento delle prove. Ancora da chiarire a chi affidare il delicato compito sulla trasmissione delle domande in formato elettronico alle varie sedi concorsuali.

Camilla Mozzetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri



Medicina: rivoluzione delle scuole. Cresce l'attività pratica

Specializzandi, si studierà di meno

Camilla Mozzetti

Il ministro dell'Istruzione Giannini ha firmato il decreto sul riordino delle scuole di specializzazione in Medicina. Si riducono gli anni per circa 30 indirizzi e si ridimensionano, attraverso accorpamenti ed eliminazioni, le strutture che passano dalle attuali 61 a 55. E crescerà l'attività pratica. Ora manca solo la firma del ministro della Salute Lorenzin, chiamata ad approvare il piano di riordino. Sette saranno le scuole che verranno eliminate o accorpate. Ma il decreto Giannini

non punta solo a ridurre i tempi, perché il provvedimento mette mano anche agli ordinamenti didattici e rivede la distribuzione dei crediti. La formazione dovrà riguardare per il 70% attività professionalizzanti, vale a dire pratiche di tirocinio. Gli specializzandi potranno fare il loro percorso all'interno di una rete formativa che non contempla più solo i reparti dei policlinici, ma si apre alle aziende sanitarie e ospedaliere delle regioni.

>A pag. 10

Medicina Crediti e piani didattici: una rivoluzione

Specializzandi via al riordino si studia meno

Il decreto firmato dal ministro ridotti anche tempi e strutture si attende il sì della Lorenzin
Camilla Mozzetti

ROMA. La prima pietra è stata posta. Dopo mesi di annunci il ministro dell'Istruzione, Stefania Giannini, ha firmato il decreto sul riordino delle scuole di specializzazione in Medicina. Una rivoluzione, promettono da viale Trastevere, che punta a semplificare il percorso didattico dei giovani medici e guadagnare del tempo per la loro immisione sul mercato del lavoro. Si riducono gli anni per circa 30 scuole e si ridimensionano, attraverso accorpamenti ed eliminazioni, le strutture che passano dalle attuali 61 a 55. Ora manca solo la firma del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, chiamata ad approvare il piano di riordino.

Il riordino

Sette saranno le scuole che verranno eliminate o accorpate. Medicina tropicale confluirà in Malattie infettive, Neurofisopatologia in Neurologia, Chirurgia dell'apparato digerente in Chirurgia generale (che nel frattempo riduce la durata del corso da 6 anni a 5), Tossicologia medica sarà accorpata a Farmacologia. Spariscono, poi, le scuole di Odontoiatria clinica generale e Medicina aeronautica e spaziale. Seguono le riduzioni. Non esisteranno più scuole con percorsi di sei anni. Per cinque scuole - Statistica sanitaria, Fisica medica, Chirurgia orale, Ortognatodonzia e Odontoiatria pediatrica - gli anni di corso saranno 3, per 34 scuole, tra

cuì Dermatologia, Endocrinologia, Neuropsichiatria infantile, gli anni scendono da 5 a 4, mentre 16 scuole seguiranno il quinquennio di specializzazione. Chirurgia generale e Neurochirurgia recupereranno un anno, mentre il percorso resterà invariato per 14 scuole tra cui Ginecologia, Pediatria, Chirurgia pediatrica, Anestesia e rianimazione, Oncologia medica.

Ma il decreto, firmato dalla Giannini, non punta solo a ridurre i tempi, perché il provvedimento mette mano anche agli ordinamenti didattici e rivede la distribuzione dei crediti. La formazione dovrà riguardare per il 70% attività professionalizzanti, vale a dire pratiche di tirocinio. Gli specializzandi potranno fare il loro percorso all'interno di una rete formativa che non contempla più solo i reparti dei policlinici, ma si apre alle aziende sanitarie e ospedaliere delle regioni.

In questo modo il ministero, che promette già per il prossimo concorso un numero maggiore di borse di studio con 700 assegni in più grazie a fondi extra, conta di aumentare anche il contributo regionale che per il precedente concorso aveva messo a disposizione la copertura di 504 assegni.

Tuttavia, i risparmi veri e propri, prodotti dalla rimodulazione delle scuole, non si avranno nell'immediato. «I primi reali risparmi - spiega il segretario del sindacato giovani medici italiani, Walter Mazzucco - si avranno solo nei prossimi due/tre anni dal momento che il provvedimento riguarda i nuovi specializzandi ed è opzionale per gli studenti che

sono al terzo anno, mentre è inutile per chi è al quarto anno».

Il concorso

Un altro capitolo riguarda sia l'accesso alla facoltà di Medicina sia il nuovo concorso per gli aspiranti specializzandi. Per quanto riguarda il primo, il ministro Giannini dopo le promesse di passare al modello francese ha dovuto fare un passo indietro rimandando a data da destinarsi la modifica per l'ingresso nella facoltà. Restano i test, da svolgere presumibilmente il prossimo settembre, con l'unica promessa di rivedere la tipologia delle domande e la preparazione dei candidati che potrebbe passare direttamente nelle mani delle università, bandendo tutti quei corsi - veri o presunti - che promettono a cifre altisonanti la preparazione adeguata dei candidati. Per il concorso specializzandi relativo all'anno 2015/2016, il dicastero dell'Istruzione dovrebbe riuscire a licenziare il bando entro il 28 febbraio. Da allora, per legge, si dovranno aspettare sessanta giorni per lo svolgimento delle prove. Ancora da chiarire a chi affidare il delicato compito sulla trasmissione delle domande in formato elettronico alle varie sedi concorsuali.

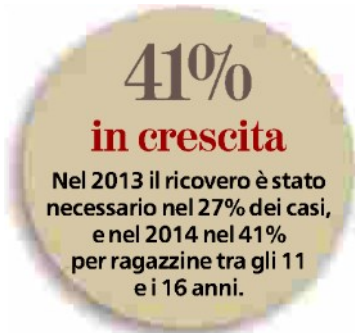
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Iniziativa dell'associazione Pr.A.To.

“Se non mangi più, le tue ossa invecchiano”

In aumento le ragazze anoressiche: parte la campagna di prevenzione che punta alle conseguenze



ATorino il numero delle giovanissime colpite da anoressia continua a crescere, le stime parlano di diecimila casi. A lanciare l'allarme è l'Associazione Pr.A.To., Prevenzione Anoressia Torino, che collabora attivamente con il Centro Amenorree-Anoressia del Sant'Anna-Regina Margherita, l'unico specializzato in Piemonte. «Il numero delle ragazze malate aumenta - denuncia Evelina Christillin, presidente di Pr.A.To. - e l'età si abbassa sempre più». Nelle ragazze tra 12 e 19 anni, i casi vanno dallo 0,5-1% per le forme di anoressia tipica (con privazioni alimentari) al 6-7% per le forme atipiche, più lievi.

L'inizio delle cure

«Diagnosi e terapia precoci - spiega il professor Carlo Campagnoli, ginecologo - evitano il consolidarsi della malattia in circa il 60% dei casi. E questo è confermato dal-

l'esperienza del Centro Amenorree-Anoressia: la presa in carico precoce ha evitato nell'81,5% dei casi la progressione di una malattia con un tasso di mortalità del 2%, cure dai 3 ai 5 anni, ricoveri dalla durata media di 3-4 mesi».

L'obiettivo del Centro è di ridurre il tempo tra la comparsa del disturbo e l'inizio delle cure attraverso l'intercettazione della scomparsa del ciclo, sintomo che appare presto e preoccupa sia l'adolescente e sia la sua famiglia. Nei primi 10 anni di attività, dal 2003, il Centro ha curato 350 adolescenti.

«A distanza di 18 mesi dall'esordio del disturbo, nella maggioranza dei casi si è evitato la cronicizzazione e quindi molta sofferenza per le ragazze e i familiari - dice Evelina Christillin -, con un risparmio importante per il Servizio Sanitario».

L'incremento

Fino al 2012, solo il 7% dei casi è arrivato a condizioni di gravità tali da richiedere il ricovero nel Reparto di Neuropsichiatria Infantile del Sant'Anna, diretto dal professor Roberto Rigardetto. «Purtroppo, nel 2013 il ricovero è stato necessario nel 27% dei casi e nel 2014 nel 41% per ragazze tra gli 11 e i 16 anni. Nell'ultimo anno - prosegue la presidente di Pr.A.To. - sempre più spesso all'anoressia si associano intenzioni suicide o autolesionismo: tagli, graffi, lividi». Nello stesso periodo al Centro Disturbi alimentari delle Molinette sono aumentate le prese in carico di ragazze tra i 16 e i 19 anni con ano-

ressia conclamata. «La causa - afferma il professor Campagnoli - è il deficit di intercettazione precoce del disturbo alimentare per una crescente disattenzione forse legata al disagio economico-sociale. Per questo è essenziale sensibilizzare medici, insegnanti e genitori, oltre che le ragazze, sui primi sintomi, perdita di peso e amenorrea».

A scuola

Fondamentale è il ruolo della scuola per intercettare i problemi. «Ma parlare di anoressia in classe si è rivelato controproducente perché desta una curiosità a cui Internet risponde in maniera persino incentivante». Così è emersa l'idea di affrontare il problema in modo indiretto, «parlando di osteoporosi, complicità della carenza nutrizionale che nelle adolescenti penalizza le ossa: riduce i "fattori di crescita" e aumenta del 60% il rischio di fratture: aspetti a cui le ragazze prestano molta attenzione», dice Campagnoli, che porta nelle scuole la campagna «Osteoporosi: non solo un problema per vecchi», iniziativa della Fondazione Osteoporosi Piemonte e della sua presidente Claudia Matta (in www.osteoporosipiemonte.it un video e le informazioni su un concorso a premi).



Fibrillazione atriale, questione di equilibrio

Raffaele Calabrò: «Fortunatamente oggi abbiamo a disposizione strumenti che aiutano i medici a calibrare le terapie più opportune. Però sono importanti formazione e aggiornamento»

di **Raimondo Nesti**

Ogni anno le malattie cardiovascolari uccidono più di 4,3 milioni di persone in Europa e sono causa del 48% di tutti i decessi (54% per le donne, 43% per gli uomini). In Italia, provocano il 35% dei decessi tra gli uomini e il 43% tra le donne. Sono solo alcuni dei dati emersi in occasione del secondo simposio scientifico di cardiologia della Sun, organizzato dai professori Raffaele Calabrò, Paolo Golino e Paolo Calabrò. «La Campania — spiega Raffaele Calabrò — è in linea con i dati nazionali e questo ha un notevole impatto sulla salute pubblica e sulle risorse sanitarie e economiche. Trattandosi di malattie con elevati tassi di morbilità e di mortalità, si hanno infatti elevati costi indiretti (riduzione dell'aspettativa di vita, produttiva e non, ndr), e notevoli costi diretti in termini di assistenza sanitaria». Basta pensare che la Società europea di cardiologia e l'European heart network hanno calcolato un costo per l'economia dell'Unione Europea di oltre 196 miliardi di euro l'anno. Stando ai dati più recenti, le malattie cardiovascolari sono costate nel 2006 circa 192 miliardi, dovuti per il 57% (circa 110 miliardi) alle spese sanitarie, per il 21% alla produttività persa e per il 22% alle cure informali (82 miliardi). Le spese sanitarie dirette ammontano a 223 euro all'anno pro capite: sono le malattie che hanno i costi economici, oltre che umani, più elevati d'Europa.

Nonostante i sostanziali progressi compiuti negli ultimi due decenni, queste malattie rappresentano ancora una delle principali cause di morte in Italia e in tutti i paesi occidentali. Proviamo allora a capire quali sono i principali rischi e le tera-

pie oggi disponibili per il trattamento della fibrillazione atriale, la più diffusa tra queste patologie. «I più colpiti — spiega Raffaele Calabrò — sono gli anziani, anche se la fibrillazione atriale può essere associata ad altre patologie cardiache. La malattia può essere acuta o cronica ed è un importante fattore di rischio per lo *stroke* (ictus). Semplificando un po', quando l'atrio non ha una buona capacità contrattile è facile che si formino dei piccoli trombi».

Va detto che le caratteristiche della fibrillazione atriale variano da individuo a individuo. Alcune persone non manifestano sintomi rivelatori anche per anni, mentre in altri casi i sintomi cambiano di giorno in giorno, ragione per cui il trattamento congiunto dei sintomi e della fibrillazione atriale si rivela tutt'altro che semplice. Un dispositivo di monitoraggio continuo può fornire al medico un quadro clinico più completo, mettendolo in condizione di attuare un trattamento più mirato.

La gestione della fibrillazione atriale si fa con farmaci antiaritmici, mentre la gestione delle conseguenze si ottiene con farmaci anticoagulanti ma, spiega Calabrò, si tratta di una gestione difficile. «Fortunatamente oggi abbiamo a disposizione strumenti che aiutano il medico a calibrare la terapia più opportuna. Motivo per il quale abbiamo promosso questo e altri workshop di formazione e approfondimento sulla terapia antitrombotica e anticoagulante. Occasioni importanti per fare chiarezza sugli obiettivi che il medico deve prefiggersi nella terapia, al fine di ottenere il massimo beneficio possibile per il paziente, raggiungendo il migliore equilibrio nel rapporto tra rischio ischemico (risultato della terapia) e rischio emorragico (eventuale effetto collaterale)».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'analisi

di **Marco Trabucco Aurilio**

Investire in prevenzione è una scelta obbligata

Mangiare sano, una moderata attività sportiva, no a fumo e alcol: sembrerebbe questa la ricetta per vivere in salute; ma è sempre così? O meglio, oggi è sempre possibile? Da anni come un mantra si parla di corretti stili di vita per prevenire malattie come il cancro o patologie cardiovascolari, vere e proprie piaghe nei paesi industrializzati. La letteratura scientifica con molta frequenza fornisce nuovi dati, gli ultimi dalla Gran Bretagna ci dicono che più di 4 casi di tumore su 10 potrebbero essere prevenuti soltanto scegliendo un corretto stile di vita, eppure in prevenzione si investe sempre meno, con l'Italia fanalino di coda dei paesi Ocse. Una recente e molto discussa ricerca condotta alla Johns Hopkins School of Medicine del Maryland, ci dice al contrario che ammalarsi di cancro è principalmente una questione di *sfortuna*. Come spesso succede la verità sta nel mezzo: è senza dubbio un dato incontrovertibile che adottare uno stile di vita sano contribuisce non solo a prevenire molte malattie, ma soprattutto al benessere globale della persona. Ma è altrettanto vero che il fato qualche volta è *spietato* anche con i più salutisti. Appare evidente che al di là delle diatribe scientifiche investire in prevenzione, oggi, è una scelta obbligata anche in considerazione di un'ineluttabile riorganizzazione della spesa farmaceutica mondiale. È anche vero che la recente recessione non aiuta: le famiglie rinunciano progressivamente al cibo sano e all'attività fisica, entrambe costose, basti pensare che nel 2014 sono crollati i consumi di frutta e verdura. Non aiutano neanche le nuove tecnologie (tablet, smartphone e videogiochi) che aumentano progressivamente la nostra sedentarietà. Infine, l'inquinamento *criminale* di alcune regioni, che in aggiunta a scorretti stili di vita diventa un fattore di rischio pericoloso e molte volte, troppe volte letale per i cittadini. Dunque, cosa fare? Che lo stile di vita sano non sia più solo uno scontato slogan per convegni, ma il punto centrale di una nuova cultura della prevenzione che parta dalle abitudini quotidiane di ciascuno di noi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Si **rischia meno** solo abbandonando le cattive abitudini

Stili di vita

La gran parte delle malattie sono collegate a quattro fattori di rischio: fumo di sigaretta, scarsa attività fisica, abuso di alcol e cattiva alimentazione



Antonio Giordano
è direttore dello Sbarro Institute for Cancer Research and Molecular Medicine di Philadelphia, negli Stati Uniti



Michele Marzullo
Specialista in cardiologia e cardiocirurgia, è docente di Medicina dello Sport alla Federico II di Napoli



Walter Ricciardi
Commissario dell'Istituto Superiore di Sanità, Ricciardi è professore di igiene generale e applicata alla Cattolica di Roma

Nelle nostre mani

«Non si possono eliminare ereditarietà, genere ed età. Il resto dipende solo da noi»

di **Raffaele Nespoli**

Ormai da tempo, soprattutto per le regioni del Mezzogiorno, si discute di inquinamento ambientale e stili di vita. Sono maggiori i rischi legati alle sostanze nocive che ci circondano o incidono di più le cattive abitudini? Per quanto sia impossibile dare una risposta definitiva a questa domanda, abbiamo cercato di fare un po' di chiarezza su questo punto chiedendo il parere di tre autorevoli interlocutori: Walter Ricciardi (commissario dell'Istituto Superiore di Sanità), Michele Marzullo (ordinario di medicina dello sport alla Federico II di Napoli e specialista in cardiologia e cardiocirurgia) e Antonio Giordano (oncologo e direttore dello Sbarro Institute for Cancer Research and Molecular Medicine di Philadelphia).

«In Italia — spiega Walter Ricciardi — l'80 per cento delle malattie è legato a quattro fattori: fumo di sigaretta, scarsa attività fisica, abuso di alcol e cattiva alimentazione. Questi quattro fattori sono responsabili, singolarmente o associati tra loro, dell'80 per cento dei decessi. Dunque è facile capire

che non solo gli stili di vita contano, ma sono determinanti». Ricciardi spiega anche che il rischio di sviluppare una patologia aumenta esponenzialmente quando più abitudini insane si uniscono tra loro. «In questo caso — aggiunge — due più due non fa mai quattro, il rischio cresce infatti in modo esponenziale».

Ma nel nostro Paese si fa abbastanza per creare una cultura del benessere? La risposta è no. Ricciardi è convinto infatti che «si potrebbe fare molto di più per la cura della salute. A partire dalla scuola, che dovrebbe essere protagonista nell'instillare nei ragazzi pratiche sane». A proposito di giovani, uno dei problemi in crescita è quello legato alla dieta. «Gli italiani — conclude Ricciardi — hanno modificato molto le proprie abitudini alimentari, in parte anche a causa della crisi economica, perché i cibi insalubri sono spesso anche i meno costosi».

A questo si aggiunge la totale assenza di attività, compromettendo nel tempo la salute del cuore. A spiegarlo è il professor Michele Marzullo. «Tutti —



dice l'esperto — dovrebbero dedicare qualche ora della giornata al movimento, perché in questo modo il rischio di incorrere in malattie cardiache cala sensibilmente». Lo specialista chiarisce anche che gli unici fattori di rischio che non possono essere eliminati sono: ereditarietà, genere ed età. «Tutto il resto — dice — dipende solo da noi. L'attività fisica abbassa il colesterolo Ldl "cattivo" e aumenta invece il colesterolo "buono" Hdl. Inoltre, migliora la frequenza, l'ossigenazione e combatte l'ipertensione. Chi pratica il footing tenga a mente a mente una regola: attenzione alla frequenza cardiaca. Sarebbe sempre bene tenere i battiti entro un certo range. In generale la frequenza massima si calcola sottraendo a 220 la nostra età, teniamoci sempre in un range che oscilla tra il 60 e l'80% del valore calcolato prima. In questo modo avremo un esercizio aerobico».

Fare esercizio fisico e condurre una vita sana riduce di molto anche la possibilità di ammalarsi di tumore. Addirittura esistono neoplasie che sono correlate proprio all'obesità. «Si è notato come nelle donne obese un eccesso di grasso sull'addome sia associato spesso a un maggior rischio di sviluppare un tumore della mammella», dice il professor Antonio Giordano. Anche procedere a una semplice mammografia può diventare un problema, perché si possono avere risultati anomali. Strettamente legati agli stili di vita sono anche i tumore dello stomaco e del colon, soprattutto se le cattive abitudini si sommano tra loro e vanno avanti per molto tempo. «Certo anche l'inquinamento ambientale si riflette sulla sullo stato di salute, soprattutto se si vive in zone "a rischio". Non si può guardare solo a una faccia della medaglia, è bene sempre valutare il quadro nel suo insieme. E comunque — dice Giordano — dobbiamo ricordare che la prevenzione inizia proprio dalle nostre abitudini».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Benessere

«Tale cultura comincia a scuola»

In ritardo

«In Italia si fa ancora poco»

RICERCA

Scuole e aria malsana Sempre più casi di asma

servizio a pagina 44

⇒ **La ricerca** Gli studenti a rischio

Smog a scuola, in aumento i casi di asma

Colpa degli spazi sovraffollati, dei doppi vetri e del traffico esterno

■ I bambini milanesi non respirano aria buona. Nemmeno nelle aule delle scuole. Complici i doppi vetri, l'assenza di ventilazione, le aule densamente popolate, la vicinanza a strade trafficate e problemi di pulizia: i bimbi di asile e elementari sono a contatto con micropolveri sottili (Pm 2,5), radon, ma anche benzene, anidride carbonica e formaldeide.

A scattare la fotografia della qualità dell'aria in 114 scuole frequentate da 5.175 bambini (264 dell'asilo) e 1.223 insegnanti in 54 città di 23 Paesi europei sono i risultati di Symphonie, una ricerca finanziata dall'Ue. In Italia lo studio ha interessato sei istituti: due in Sicilia (Palermo), due in Toscana (Pisa) e due in Lombardia, a Milano.

Lo studio ha rilevato che l'85% degli scolari europei è esposto a micropolveri sottili in concentrazioni superiori a 10 microgrammi per metro cubo, valore guida medio annuo raccomandato dall'Oms, la metà è esposto a quantità eccessive di radon e un quarto a troppo benzene, sempre facendo riferimento ai parametri Ue e Oms. A questo va aggiunto che oltre il 60% dei bambini è esposto a valori elevati di formaldeide, senza contare una presenza significativa di anidride carbonica.

Respirare troppi inquinanti significa un maggiore rischio di soffrire di sintomi legati a malattie respiratorie e di certo non aiuta chi un problema lo ha già: l'8% degli scolari soffre di asma, il 9% di allergie nasali e il 17% di eczema. E il 3,6% dei bambini, poi, ha avuto un attacco di asma a scuola.

Secondo Piersante Sestini, docente di malattie respiratorie all'Univer-

sità di Siena e fra gli autori della ricerca «i problemi sono diversi a seconda dei Paesi, dell'età e tipologia degli edifici, della posizione della scuola e anche delle abitudini, ad esempio se i bimbi rimangono tutto il giorno nella stessa classe o se si spostano».

«Da noi, come in Francia - racconta l'esperto - il problema principale è quello della ventilazione: abbiamo privilegiato il risparmio energetico creando degli ambienti stagni», dove quindi gli inquinanti si accumulano, chesia il benzene che arriva dalla strada o la semplice anidride carbonica, la polvere o il gesso. «La scuola è uno degli ambienti a maggiore densità di persone, va considerato a metà fra un carcere e un aereo di linea» spiega Sestini, che avverte: «Il punto non

è che la scuola provochi l'asma, quanto il fatto che debba essere attrezzata a ricevere un bimbo asmatico, e le scuole italiane non lo sono».

A fare la differenza, oltre all'introduzione di un sistema di ventilazione, sarebbe la presenza di un infermiere scolastico (una figura presente nel Nord Europa), per l'assistenza sanitaria quotidiana, ma anche il controllo del servizio pulizie, «che buona parte delle scuole in Italia non hanno, perchè è gestito dal proprietario dell'edificio, in genere comune o provincia» conclude Sestini.



ALLARME Bimbi a rischio allergie



Farmaci, perché spendere meglio conviene più di tagliare ancora

di **Francesco Saverio Mennini**

In Italia, così come nei principali Paesi d'Europa, il contesto socio-sanitario è in costante evoluzione e si colloca al centro di un acceso dibattito politico sulla sostenibilità e sulla ripartizione delle competenze tra governo centrale e istituzioni regionali. Il settore farmaceutico, inteso in senso lato (industria, spesa farmaceutica pubblica e privata) rappresenta uno degli aspetti più importanti in questo scenario, soprattutto se collegato al concetto di innovazione. In Italia la spesa sanitaria pubblica in percentuale sul Pil è inferiore a quella di molti Paesi Ue, con un tasso di crescita e un disavanzo, negli ultimi anni, relativamente bassi. In particolare giova ricordare che il finanziamento è cresciuto a tassi inferiori ed è stato caratterizzato, fino al 2012, da un decremento in termini reali compreso tra -0,6 e -0,8 per cento. Anche la spesa privata non ha avuto un aumento consistente e la sua quota rispetto alla spesa complessiva si è mantenuta in linea con gli anni passati. Questa situazione è il risultato di una serie di misure attuate negli ultimi anni con l'obiettivo di contenere la spesa: tuttavia, i tagli effettuati hanno comportato anche dei ritardi nell'accesso ad alcune tecnologie, inclusi i farmaci, e un disincentivo all'innovazione. Oggi,

l'equilibrio economico-finanziario è stato relativamente raggiunto sulla spesa corrente; tuttavia, sono ingenti i debiti pregressi, le variabilità interregionali e si sono sostanzialmente ridotti, se non annullati, gli investimenti nel Servizio Sanitario Nazionale e in particolare nel settore della farmaceutica.

In genere, il mondo del farmaco viene, erroneamente, percepito come un costo. Solo di recente si insiste sull'evoluzione del concetto di costo verso quello d'investimento per la salute, anche se vi sono barriere che ne rallentano il consolidamento. Anche se le tecnologie innovative, più efficaci, rappresentano il *driver* principale per il miglioramento della salute e per attrarre investimenti in sanità, il ritorno dell'investimento in queste tecnologie non è tuttavia a breve termine, ma a medio lungo termine, e l'esito dell'investimento è spesso incerto. Ma come si possono valorizzare le innovazioni? Quali percorsi possono permettere al decisore di coniugare l'esigenza di rispettare i budget assegnati e, al contempo, garantire l'accesso a trattamenti farmacologici innovativi? Sicuramente, così come dimostrato in Eu, l'Hta e la farmacoeconomia rappresentano lo strumento chiave tale da permettere di verificare l'effettivo valore di una nuova tecnologia. Al contempo, visto che

non basta dimostrare se un farmaco è costo efficace, si ritiene necessario sviluppare degli approcci che, a partire dai risultati della valutazione farmacoeconomica, permettano anche di valutare/calcolare la disponibilità a pagare del sistema.

Alla luce, però, di alcune «resistenze» di carattere organizzativo e gestionale, affinché il processo sopra descritto possa incidere in maniera significativa è necessario superare alcune barriere che caratterizzano il nostro sistema sanitario. Tra queste, una delle più importanti è sicuramente rappresentata dall'approccio per «silos budget», tanto a livello centrale che regionale e locale. Infatti, la valutazione dell'impatto delle tecnologie e, in particolare dei farmaci, avviene considerando la spesa complessiva: in questo modo, tecnologie più complesse vengono ritenute troppo dispendiose (in quanto si fa riferimento esclusivamente al prezzo), trascurando gli effetti che si vanno a determinare in altri comparti di spesa a queste collegate quali: la spesa previdenziale (Inps e Inail), la spesa sociale e l'impatto in termini di investimenti e occupazionali. Applicando la logica dei «silos budget» alla spesa farmaceutica, l'attenzione è stata incentrata sulla spesa della farmacia (quindi solo il prezzo del farmaco senza considerare i suoi possibili

effetti positivi nella filiera del percorso diagnostico terapeutico), non considerando gli effetti che alcune scelte determinavano nella crescita della spesa di tutto il restante percorso terapeutico del paziente. Per le tecnologie più impattanti (tanto dal punto di vista del prezzo che dell'efficacia), si dovrebbe ragionare in un'ottica più allargata, tenendo in considerazione non solo la spesa farmaceutica (tanto a livello generale che regionale e locale) quanto tutto il percorso terapeutico.

Attualmente si assiste, invece, a una situazione di inefficienza tra norme e realtà di accesso, soprattutto per i farmaci innovativi: aspetti di budget impact, compensazione regionale, rivalutazione clinica, ecc., determinano allungamenti dei tempi di rimborsabilità e di accesso ai farmaci. Non occorre, quindi, tanto ridurre la spesa o approvare ulteriori tagli, quanto individuare i capitoli di spesa in cui si può spendere meglio. Una soluzione per rendere più efficiente la spesa potrebbe essere caratterizzata dall'utilizzo delle logiche di Hta accompagnate da: l'abbandono del «silos budget» così da garantire una valutazione del percorso terapeutico del paziente, e l'applicazione ragionata degli schemi di rimborso condizionato, come prezzo-volume, risk-sharing, cost-sharing e payment by result.

Francesco Saverio Mennini è docente di economia Sanitaria per il Centre for economic and international studies (Ceis) dell'università di Tor Vergata, è inoltre professore di Economia Sanitaria presso l'Università di Roma La Sapienza, facoltà di Scienze Statistiche.



Negli ultimi anni gli investimenti del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare nel settore della farmaceutica, si sono molto ridotti, se non annullati.