

Ginecologi: su fecondazione l'Italia recuperi il gap con Europa

Roma, 7 lug. (TMNews) - "La Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) vede con favore l'impegno del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, e del suo team di esperti, nella revisione della legge sulla procreazione medica assistita". Lo ha dichiarato il presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) Paolo Scollo.

"In queste ore al ministero si sta lavorando alle nuove Linee Guida che regoleranno nel nostro Paese la fecondazione eterologa. Auspichiamo che al più presto molte delle domande aperte dalla Corte Costituzionale, della scorsa primavera, trovino adeguata risposta. E noi siamo pronti a fare la nostra parte. E' necessario recuperare quanto prima il gap che l'Italia nei confronti di altri Paesi Europei in tema di fecondazione assistita", conclude Scollo

FECONDAZIONE: GINECOLOGI SIGO, BENE LINEE GUIDA E REVISIONE LEGGE

(ASCA) - Roma, 7 lug 2014 - "La Societa' Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) vede con favore l'impegno del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, e del suo team di esperti, nella revisione della legge sulla procreazione medica assistita. In queste ore al ministero si sta lavorando alle nuove Linee Guida che regoleranno nel nostro Paese la fecondazione eterologa. Auspichiamo che al piu' presto molte delle domande aperte dalla Corte Costituzionale, della scorsa primavera, trovino adeguata risposta. E noi siamo pronti a fare la nostra parte. E' necessario recuperare quanto prima il gap che l'Italia nei confronti di altri Paesi Europei in tema di fecondazione assistita". E' quanto ha dichiarato il Presidente della Societa' Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), Paolo Scollo

Lunedì 07 LUGLIO 2014

Pma. Scollo (Sigo): "Necessario recuperare gap con altri Paesi europei"

Così il presidente della Società italiana di Ginecologia e Ostetricia si è rivolto al ministro Lorenzin, riguardo la revisione della legge sulla procreazione medicalmente assistita. Scollo ha poi sottolineato di "vedere con favore" il lavoro portato avanti dal Ministero della Salute sulle nuove Linee Guida che dovranno regolare la materia.

"La Società italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) vede con favore l'impegno del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, e del suo team di esperti, nella revisione della legge sulla procreazione medica assistita. In queste ore al ministero si sta lavorando alle nuove Linee Guida che regoleranno nel nostro Paese la fecondazione eterologa. Auspichiamo che al più presto molte delle domande aperte dalla Corte Costituzionale, della scorsa primavera, trovino adeguata risposta. E noi siamo pronti a fare la nostra parte. E' necessario recuperare quanto prima il gap che l'Italia nei confronti di altri Paesi Europei in tema di fecondazione assistita". È quanto ha dichiarato il Presidente della Sigo, **Paolo Scollo**.

Fecondazione assistita. Al congresso europeo di embriologia, ricerche e quesiti sulle nuove famiglie (mamma single o coppie lesbiche) mentre in Italia si profilano diversi problemi

Liste d'attesa nell'eterologa Sos donatori

DAL NOSTRO INVIATO
EL VIRANASELLI

MONACO

TANTE famiglie diverse, con i bambini nati da tecniche di procreazione assistita. Al trentesimo congresso dell'ESHRE, la società europea di riproduzione umana ed embriologia, appena conclusosi a Monaco, gli scienziati discutono di infertilità e di figli nati con la Pma (procreazione medicalmente assistita, più di cinque milioni dal lontano '78) e molte sessioni sono dedicate alle nuove famiglie. Ci sono quelle che nascono da una donazione di spermatozoi a donna single o a coppia lesbica, quelle che invece hanno bisogno di una donazione di ovociti per sterilità femminile. Tante anche le implicazioni legali, a cominciare dalla possibilità che il bambino, una volta cresciuto, possa richiedere alla clinica nome e cognome del donatore, prassi prevista in Svezia dal 1984.

Tutte questioni delicate che dovranno essere affrontate anche da noi, e rapidamente. Dopo la sentenza che ha abolito il divieto di ricorrere a gameti estranei alla coppia, la cosiddetta fecondazione eterologa, e la sua pubblicazione in Gazzetta ufficiale, non ci sono più ostacoli e le coppie - non meno di duemila nel 2012 secondo l'Osservatorio del turismo procreativo - hanno subito contattato i centri di Pma per accedere alla donazione di spermatozoi ed ovociti. Il punto è che, per poter procedere, gli esperti aspettano delle linee guida di carattere scientifico, messe a punto dalle associazioni e in dirittura d'arrivo (oggi prevista una riunione con il ministro Lorenzin). Come sempre, si daranno delle indicazioni di carattere medico, ma i problemi da risolvere sono anche altri: dove trovare gli

ovociti e gli spermatozoi, che cosa si prevederà sull'anonimato o meno dei donatori, se e quanto bisognerà ricompensarli (Lorenzin è contraria), quanti gameti dallo stesso donatore (in Spagna un massimo di 6), se tenere conto della compatibilità fisica dei caratteri somatici tra donatore e ricevente, a quali criteri clinici devonorispondere le coppie (perché solo di coppie - ed eterosessuali - si parlerà) per accedere alla tecnica e quale il limite d'età della donna.

Intanto, ai centri arrivano richieste di informazioni e di inserimento in lista d'attesa ma anche offerte di donazione. A Tecnobios procreazione di Bologna - che vanta grande esperienza nella congelazione di ovociti - sono già circa 130 le pazienti in lista d'attesa per l'eterologa. Molte strutture - però - non hanno ovociti né spermatozoi congelati oppure hanno gli ovociti congelati (ma non donati) e che dunque richiedono una nuova procedura di analisi, un ulteriore contatto con la donna per l'autorizzazione alla donazione, la firma di un consenso informato particolare. Oppure bisogna tentare la strada dei donatori puri, giovani, in salute e senza problemi di fertilità. Già, ma compensandoli, come fanno in quasi tutti i paesi, o gratis come era previsto da noi prima del divieto? E infine, prevedere la rimborsabilità della Pma e con quali limiti? Tanti problemi, che probabilmente allungheranno i tempi, anche perché nessun centro vuole essere il primo a cominciare.

«La Toscana ha quasi ultimato una delibera ad hoc - racconta la ginecologa Claudia Livi, responsabile del centro convenzionato Demetra di Firenze - e noi abbiamo già decine di coppie in lista. Una delibera regionale tutelerebbe tutti e sarebbe importante. Purtroppo noi abbiamo pochi ovociti, potremmo ricorrere all'egg sharing (ovociti donati da quelli congelati da altre donne per trattamenti di Pma), anche se la

metà di queste donne ha più di 38 anni». Problema non da poco: gli ovociti crioconservati sono di donne mediamente anziane, sopra i 35 anni, e con problemi di fertilità. Ma non solo. «Oltre a richiamarle tutte per chiedere il loro consenso alla donazione - ragiona Paolo Emanuele Levi Setti, direttore dell'Humanitas Fertility Center di Milano - bisogna anche prevedere un colloquio con uno psicologo perché quella donna potrebbe non aver avuto mai un figlio con i suoi ovociti e avere difficoltà psicologiche a donarli. Dieci anni fa abbiamo avuto risultati estremamente brillanti con gli ovociti donati, ma allora l'età media delle pazienti era di 32 anni, oggi di 39, e si usavano gli ovociti freschi e non congelati. Questa modalità è replicabile ma pone problemi organizzativi. L'altra strada - poiché è difficile quella dei donatori puri in tempi rapidi - è acquisire i gameti dalla banca europea dei tessuti: basta che la banca che richiede e quella che offre rispondano alla stessa normativa Ue». Oppure - suggerisce Antonino Guglielmino, responsabile dei trattamenti Pma del centro Hera di Catania - si possono utilizzare «gli ovociti che una sorella o un'amica dona per una donna che deve sottoporsi a Pma. In ogni caso dobbiamo accettare l'idea che la donazione di gameti è un gesto altruistico e normale e predisporre le campagne previste anche dalla direttiva europea».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CONTRACCEZIONE.

Pillola e fertilità una riduzione "reversibile"? "Servono studi"

DAL NOSTRO INVIATO

MONACO

LA PILLOLA contraccettiva riduce in modo significativo la riserva ovarica di chi la utilizza, ovvero la capacità delle ovaie di produrre follicoli in grado di portare alla fecondazione. Detta così è una notizia che fa fare un salto sulla sedia ai 160 milioni di donne che utilizzano un contraccettivo orale nel mondo. Secondo uno studio presentato all'Eshre da Kathrine Birch Petersen della Fertility Clinic dell'ospedale universitario Rigshospitalet di Copenhagen, l'utilizzo di un contraccettivo orale estroprogestinico riduce non solo il volume delle ovaie dal 29 al 53 per cento, ma anche il livello di ormone antimülleriano (AMH) nel sangue e la conta dei follicoli antrali attraverso l'ecografia vaginale, rispettivamente del 28 e del 31 per cento. Questi due ultimi elementi si considerano predittivi dell'invecchiamento delle ovaie e del raggiungimento della menopausa. Lo studio è stato condotto su 500 donne tra i 20 e i 45 anni che si sottoponevano a counseling sulla fertilità nell'ospedale di Copenhagen dal 2011 al 2013. Queste donne sono state monitorate per tre mesi, ma non anche alla sospensione della pillola per verificare la reversibilità di quanto individuato. E i ricercatori sono così cauti che si guardano bene dallo scoraggiare il suo utilizzo. «Nelle giovanissime — ha spiegato Petersen — il volume ovarico era ridotto del 50 per

cento ma le donne vanno seguite alla sospensione della pillola per almeno 6-12 mesi. Questi effetti si hanno solo sui contraccettivi orali estroprogestinici, non sulla spirale o su pillole con composizione diversa. Non crediamo che l'effetto sia permanente ma bisogna indagare in questa direzione».

In realtà i risultati di questo studio si spiegano con la normale fisiologia del nostro corpo. «L'assunzione della pillola — spiega Anna Maria Fulghesu, responsabile del reparto di Patologia ostetrica all'università di Cagliari — riduce la quantità di ormoni che stimolano le ovaie, e quindi naturalmente si ha un numero minore di follicoli stimolati e contabili con l'ecografia. Inoltre solo i follicoli superiori a 3-4 millimetri sono visibili e contabili e qualche decina gli ovociti al mese in grado di rispondere alla stimolazione dell'ormone Fsh. Tra questi ne va avanti solo uno, il follicolo dominante. Quindi quello che si riesce a vedere con l'ecografia non è il patrimonio follicolare totale ma quello sensibile all'Fsh quel mese. Viene considerato un marker di riserva soltanto nelle donne sopra i

Gli esperti: "Il contraccettivo orale non porta a menopausa precoce ma neppure salvaguarda i follicoli"

35 anni che si sottopongono a procreazione assistita».

Discorso simile per l'ormone antimülleriano. «È un ormone secreto dai follicoli antrali — precisa Andrea Borini, presidente Sifes, società italiana di fertilità e sterilità — e dunque, poiché quando si prende la pillola c'è una minore stimolazione dei follicoli e se ne producono meno, è ovvio che il livello di ormone sarà più basso. La stessa conta dei follicoli antrali non è uguale in tutti i laboratori per motivi tecnici. La pillola contraccettiva non porta a menopausa precoce ma neanche alla salvaguardia dei follicoli». Insomma, la pillola, come conclude Fulghesu, che lavora in una regione che ha la percentuale più alta di utilizzatrici, non aumenta né diminuisce né altera la lunghezza della vita ginecologica di una donna.

(e. nas.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rimborso

In Spagna la legge prevede un rimborso per i donatori di gameti di mille euro. Cifra che non configura commercio ma risarcisce del tempo perduto.



Congelati

Congelare ovociti da giovani per utilizzarli dopo. Secondo una ricerca presentata all'Eshre lo considera accettabile per ragioni mediche il 99,4% e sociali (89%).



In video

La procreazione assistita anche su Rnews (ore 13,45 e 19,45) sia su Repubblica.it, che su canale 50 del digitale terrestre e 139 di Sky.

LA PROCREAZIONE ASSISTITA

Tecnica di fecondazione in vitro ICSI

1 STIMOLAZIONE OVARICA

Dopo una visita medica, ginecologica ed endocrinologica, la donna viene stimolata con ormoni per produrre più di un ovocita in contemporanea

Si esegue 36 ore dopo la fine della stimolazione

Utero
Tromba di Falloppio
Ovulo

2 ESTRAZIONE DEGLI OVOCITI

Gli ovociti vengono estratti mediante agoaspirazione, effettuata in sedazione profonda sotto controllo ecografico

COME AVVIENE L'ASPIRAZIONE DEGLI OVOCITI

L'ago penetra attraverso la parete vaginale

Punta dell'ago

Ago ecodilatato

Campione di ovociti estratti

Campione di ovocita

Campione di sperma

3 VALUTAZIONE
Gli ovociti vengono analizzati in laboratorio, si identificano quelli maturi che hanno più probabilità di essere poi fecondati

Anche il campione di spermatozoi viene sottoposto a valutazione per aumentare il successo della fecondazione

Microago per iniettare lo spermatozoo

Ovocita
Spermatozoo

Pipetta

4 FECONDAZIONI IN VITRO (ICSI)

Lo spermatozoo viene iniettato all'interno dell'ovocita sotto controllo microscopico

Embrioni coltivati

5 COLTIVAZIONE DEGLI EMBRIONI

Le cellule fecondate sono coltivate su capsule di Petri dove viene valutata la loro capacità di sviluppo

Embrioni selezionati

6 SELEZIONE E CONGELAMENTO

Gli embrioni migliori vengono poi selezionati per il trasferimento nell'utero della donna. Quelli "avanzati" si congelano in azoto liquido per il futuro

-196°C

TEMPERATURA DI CONGELAMENTO FINALE DEGLI EMBRIONI

7 TRASFERIMENTO DEGLI EMBRIONI

Gli embrioni migliori vengono trasferiti per via vaginale nell'utero della donna. Di solito non se ne trasferiscono più di due

Siringa unita ad un catetere

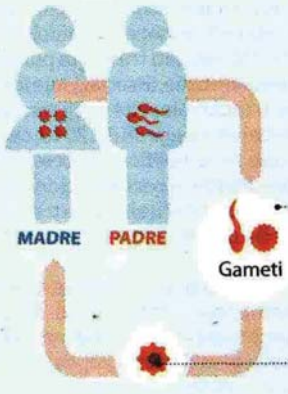
FECONDAZIONE OMOLOGA

TIPOLOGIE DI FECONDAZIONE ASSISTITA

Il seme e l'ovulo utilizzati nella fecondazione assistita possono appartenere o no alla coppia che intende raggiungere una gravidanza

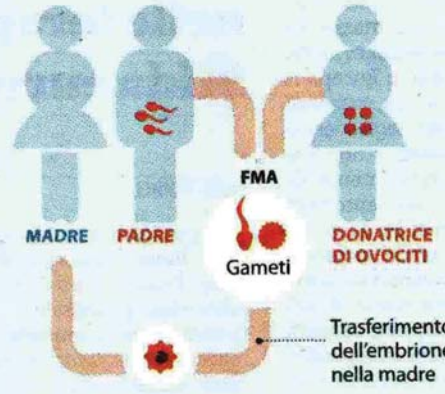
ETEROLOGA
Con donazione di gameti esterni alla coppia. Il divieto di questa tecnica è stato cancellato in Italia

OMOLOGA
I gameti appartengono alla coppia. Il patrimonio genetico è quello dei coniugi



Fecondazione medico-assistita (FMA)

ETEROLOGA CON OVODONAZIONE



FMA

L'intesa in Stato-Regioni si firma in settimana dopo le ultime limature con l'Economia sui finanziamenti

Patto nelle sabbie mobili dei rinvii

Ticket, farmaci, Lea, personale, standard degli ospedali: gli accordi entro dicembre

Patto per la salute 2014-2016 chiuso. Dopo una non stop di oltre otto ore per le ultime limature con l'Economia sul capitolo dei finanziamenti e il rinvio per l'intesa finale a questa settimana in Stato-Regioni. Ma il lavoro non finisce qui: il testo prevede numerosi rinvii a provvedimenti successivi e il timing delle scadenze comincia a settembre, ma si

concentra soprattutto tra ottobre e dicembre quando le intese su ticket ed esenzioni, nuovo Prontuario, Lea, sanità digitale, personale, standard degli ospedali, applicazione della legge Balduzzi sull'intramoenia, piano per le cronicità e anche la messa a punto del meccanismo che prevede l'incompatibilità tra cariche politiche e quella di commissario

ad acta nelle Regioni con piano di rientro dovranno avere ulteriori via libera. Intanto le certezze ci sono (per ora) sui finanziamenti, con 337,5 miliardi in tre anni. E anche per far ripartire l'edilizia sanitaria almeno per quanto riguarda gli accordi di programma già deliberati dal Cipe.

A PAG. 2-7

La firma dell'intesa in Stato-Regioni è fissata per giovedì 10 - Attuazione completa entro fine anno

Patto salute alla volata finale

Regioni: «È l'ultimo che si realizzerà con l'attuale assetto istituzionale»

Il Patto è tecnicamente chiuso. E questa settimana (giovedì pomeriggio) a benedire politicamente i 29 articoli del testo sarà la firma ufficiale dell'intesa in Stato-Regioni. Un Patto che ribadisce con forza nelle premesse e in quasi tutti i suoi articoli la necessità di uniformità, universalità ed equità degli interventi sulla salute.

Fino all'ultimo però, sull'esito ci sono state tensioni - sciolte già alla fine della scorsa settimana - non solo tra Governo e Regioni, ma all'interno dello stesso Esecutivo, con la Salute schierata dalla parte dei governatori e la Spina nel fianco rappresentata da alcune richieste dell'Economia per aggiungere alle previsioni sul finanziamento la specificazione che le risorse sono sì certe, ma in caso di necessità nazionali possono comunque essere intaccate.

A questo nodo - non di poco conto vista l'entità del finanziamento: 337,5 miliardi in tre anni, sciolto con la previsione che nel caso di un simile intervento si ritratterà tutto il capitolo - si è aggiunta la richiesta delle Regioni di chiarire meglio la disponibilità di risorse per l'edilizia sanitaria, a bocca asciutta ormai da tempo e con gli ultimi accordi già approvati dal Cipe senza risorse per essere cantierizzati. E ancora la volontà dei governatori, "espropriati" della possibilità di essere commissari della propria Regione in caso di piano di rientro per l'incompatibilità

tra incarico tecnico e incarichi politico-elettivi, di partecipare comunque alla scelta del commissario. Oltre naturalmente alla loro richiesta-condizione di poter essere coinvolti nella stesura rinnovata dei piani che da oggi non saranno più di "rientro" ma "di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento dei servizi sanitari regionali". Con la novità di non dover più solo definire le misure, ma di dover anche rendere conto della loro effettiva attuazione.

Qualche "pezzo" il Patto l'ha dovuto rinviare a decisioni e intese successive, per non perdersi nei meandri di tecnicità necessarie, ma che avrebbero inesorabilmente ritardato sine die la firma finale. Gli esempi migliori sono quelli del cambio di rotta su esenzioni e ticket, sui nuovi livelli essenziali di assistenza e sugli standard ospedalieri.

Ma ce ne sono altri di rinvii, come quello per il piano delle cronicità o per i progetti necessari a incassare i 440 milioni l'anno decisi per la prevenzione.

Così, mantenuto un appuntamento, se ne fissano molti altri. Quasi tutti sovrapponibili tra loro perché le scadenze indicate si affollano tra ottobre e dicembre. Con alcune previsioni più anticipate, ma che dovranno per forza di cose slittare. Come il «Patto per la sanità digitale», un patto

nel patto per la cui elaborazione i tempi indicati nella bozza di ingresso alla conferenza delle Regioni della scorsa settimana sarebbero davvero da record: 30 giorni. A metà agosto cioè, considerando come punto di partenza la Stato-Regioni in programma per giovedì 10 luglio.

Oltre ai contenuti dei vari articoli, il Patto ha poi una nuova e lunga premessa delle Regioni che rafforza e puntualizza i modelli di applicazione del nuovo Titolo V in vista con la riforma costituzionale: l'organizzazione resta a noi e allo Stato vanno solo le norme generali, è la sostanza del concetto.

Un Patto che proprio nelle premesse le Regioni definiscono «l'ultimo siglato nella vigenza dell'attuale assetto costituzionale» e che per questo, sottolineano, «non può prescindere dal contesto politico-istituzionale entro cui si realizzerà, e ciò non solo alla luce della rilevanza che la "tutela della salute" andrà ad assumere nel nuovo quadro costituzionale, ma per effetto de-

gli altri numerosi percorsi di riforma che ci accingiamo a intraprendere come istituzioni».

Secondo le Regioni, proprio perché si riaccende la potestà normativa a livello nazionale rispetto a quella organizzativa dei servizi regionali, «va ripensato l'intero sistema di governance della sanità. Occorrono strumenti forti e necessari per affrontare anche in questo settore l'attuale crisi economica e finanziaria, indispensabili per assicurare la sostenibilità del Ssn, per garantire l'equità e l'universalità del sistema e Livelli essenziali di assistenza in modo appropriato e uniforme».

A questi principi - che sono la premessa politica del Patto - seguono e si ispirano i 29 articoli, nei quali si prevede sempre una azione di controllo e monitoraggio nella realizzazione delle varie prescrizioni, soprattutto dopo che le verifiche sull'attuazione del vecchio Patto hanno evidenziato un'applicazione poco più che a metà di tutte le norme.

Anche per questo tra le previ-



sioni si ridefiniscono, ampliandoli, i compiti del Comitato per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza e del Tavolo per la verifica degli adempimenti.

Il primo dovrà anche dare il supporto necessario a Salute ed Economia per definire le «specifiche esigenze di monitoraggio dei Lea» per la realizzazione dell'anagrafe nazionale degli assistiti nell'ambito del sistema Tessera sanitaria. E si occuperà anche di verificare il raggiungimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea che per i direttori generali costituisce «grave inadempimento contrattuale» e ha come conseguenza anche la loro decadenza automatica.

Il secondo, invece, si occuperà anche di aggiornare annualmente gli adempimenti regionali che consentono, se attuati e giudicati positivamente, l'accesso al finanziamento integrativo.

Una rete strettissima quindi di verifiche e controlli che avranno il loro apice nel tavolo politico Salute-Economia-Regioni per il monitoraggio sull'attuazione del Patto «nei tempi e nei modi convenuti».

pagine a cura di
Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi
Manuela Perrone
Paolo Panceri
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Finanziamenti

Sono quantificate dal 2014 al 2016 risorse per 337,3 miliardi e si stabiliscono finanziamenti certi per l'edilizia sanitaria. Tutti i risparmi restano in casa Ssn

Copayment

In arrivo per dicembre la revisione per esenzioni e ticket secondo equità e universalismo e in base a reddito e composizione del nucleo familiare

Farmaceutica

L'Aifa metterà a punto il nuovo Prontuario secondo il criterio costo/beneficio, con prezzi di riferimento, categorie terapeutiche omogenee e Hta

Personale

Nuove regole da dicembre per l'ingresso di personale e specializzandi nel Ssn con maggiore flessibilità di carriera e di gestione a livello di azienda

I numeri del Patto

109,92

I miliardi complessivi per il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale previsti per il 2014

112,06

I miliardi complessivi per il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale previsti per il 2015

115,44

I miliardi complessivi per il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale previsti per il 2016

440

I milioni indicati per ognuno dei tre anni del Patto per il finanziamento del Piano nazionale di prevenzione

30mila

Il bacino di utenza massimo per le nuove Aggregazioni funzionali territoriali in cui si concentra l'assistenza di base

LE RISORSE

I nuovi criteri per assegnare i 337,3 miliardi

Patto chiaro sulle risorse da assegnare nel triennio. Le dotazioni sono: 109.928.000.000 euro per il 2014, 112.062.000.000 euro per il 2015 e 115.444.000.000 euro per il 2016. Le Regioni si fermano qui, anche se in prima battuta l'Economia ha chiesto di inserire una clausola - presente nel documento di ingresso alla conferenza dei presidenti della scorsa settimana - in cui si prevedono le cifre «salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico», ma in questo caso è anche previsto che si ritratti tutto il capitolo del fabbisogno.

Per il riparto però il Patto rimanda all'accordo politico del dicembre 2013 in cui si è deciso di rivedere e riqualificare i criteri previsti per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali, tenendo conto del trend di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità e attraverso nuove modalità di pesature, da definire a strettissimo giro già entro luglio. Senza mettere in discussione - è la clausola - il principio dei costi standard.

E il testo chiarisce subito che «i risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie». Non solo: anche gli eventuali risparmi di gestione delle Regioni «rimangono nella disponibilità delle Regioni stesse per finalità sanitarie».

Il nuovo Patto apre poi alla possibilità di utilizzare la quota annua vincolata per gli obiettivi di carattere prioritario del piano sanitario nazionale per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali proposte dalla Salute, a integrazione delle risorse destinate naturalmente a questo scopo. Chi è in piano di rientro dovrà però individuare i progetti da realizzare che devono essere coerenti con gli obiettivi dei programmi operativi approvati. E comunque - vale per tutti - le risorse non possono essere destinate a «finalità extrasanitarie».

Il Patto prevede che le risorse vincolate siano utilizzate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti dal Patto stesso se questi hanno come obiettivo il miglioramento dell'erogazione

dei Lea.

Poi il documento scrive una serie di modifiche dei criteri di riparto delle varie quote. Per hanseniani, Aids, fibrosi cistica ed emersione del lavoro degli stranieri, a esempio, i criteri attuali sono sostituiti dalla quota di accesso che deriva dal riparto del fabbisogno sanitario indistinto.

Le altre quote vincolate (borse di studio dei Mmg, extracomunitari irregolari, fondo esclusività) sono assegnate alle Regioni subito al momento del riparto della quota indistinta del fabbisogno e per gli importi il riferimento è all'ultimo atto formale disponibile per ciascuna delle proposte di riparto.

Per le altre somme vincolate (medicina penitenziaria per i tossicodipendenti, medicina penitenziaria, superamento Opg) nel 2014 il riparto avverrà in base ai criteri dell'ultimo atto formale disponibile per ciascuna delle proposte, mentre dal 2015 dovrà tenere conto di eventuali modifiche dei criteri di riparto individuate nell'ambito del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria.

Le somme restanti per gli altri enti (Cri, Cassa depositi e prestiti, Izs, specializzandi, Centro nazionale trapianti) restano le risorse individuate dalle leggi specifiche.

Poi il nuovo meccanismo per gli investimenti (v. *box a fianco*) e per i controlli dell'adeguatezza nell'uso delle risorse il **ministro della Salute** dovrà presentare in Stato-Regioni un documento di proposte per implementare un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale proprio per il monitoraggio costante dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi. E con il decreto previsto dalla legge 191/2009 (Finanziaria 2010) per le forme premiali è stabilito nel Patto che si determineranno ulteriori criteri che riguardino anche le Regioni che hanno assicurato trend di miglioramento, compresi quelli che riguardano l'erogazione dei Lea. Un modo cioè per far partecipare agli incentivi assegnati chi migliora l'assistenza, anche le Regioni a esempio in piano di rientro che però ottengono risultati significativi nella gestione dell'assistenza.

Modifiche per i meccanismi relativi alle risorse vincolate

SVILUPPO

Investimenti con analisi dei fabbisogni

Per gli investimenti sul proprio territorio le Regioni dovranno garantire la massima «programmabilità». E questo dovrà avvenire attraverso la predisposizione di piani annuali accompagnati da «un'adeguata analisi» dei fabbisogni e della loro sostenibilità economico-finanziaria complessiva. Questo meccanismo, è l'indicazione del Patto, potrà attuarsi anche al momento della predisposizione del piano dei flussi di cassa prospettici previsto dal Dlgs n. 118/2011 (la cosiddetta analisi "fonti-impieghi" - basata sul conto economico dell'anno; lo stato patrimoniale dell'anno; lo stato patrimoniale dell'anno precedente - che permette di valutare sia l'equilibrio tra fabbisogno finanziario e fonti di copertura, che l'omogeneità della struttura finanziaria, considerando l'andamento dei flussi finanziari con l'indicazione specifica degli usi e delle fonti di capitale).

Nel meccanismo a vasi comunicanti dell'utilizzo delle risorse, però, a parte le risorse da destinare all'edilizia sanitaria (v. pagina 7), il meccanismo prevede la possibilità di utilizzare in modo indifferenziato tra loro i fondi vincolati e quelli correnti, purché si rispettino gli impegni dei Lea e delle priorità indicate per tutti a livello nazionale e tutti i fondi restino nell'ambito sanitario. Questo potrebbe portare a un ridimensionamento dell'importo complessivo dei finanziamenti annuali, tra i quali dovrebbero trovare spazio, appunto, anche le risorse da destinare agli investimenti.

Ed è per questo che si rende necessaria un'analisi accurata dei fabbisogni e della loro sostenibilità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SANITÀ DIGITALE

Sprint e-health in cabina di regia

Efficienza, trasparenza e sostenibilità del Ssn passano attraverso l'innovazione digitale. E Governo e Regioni a strettissimo giro (entro 30 giorni dal Patto è scritto, anche se i tempi subiranno probabilmente un allungamento) e senza spese in più dovranno sottoscrivere un «Patto per la Sanità digitale». Un piano strategico per rimuovere gli ostacoli che rallentano l'e-health ed evitano realizzazioni parziali o inutili ai fini della sanità pubblica. Nel Patto saranno individuate specifiche priorità, analizzati e proposti modelli di riferimento e strumenti di finanziamento anche con una partnership pubblico-privato.

A programmare gli interventi sui sistemi informativi ci penserà il Piano

di evoluzione dei flussi Nsis (Pef-Nsis), strumento che consentirà il governo e il monitoraggio dei Lea e dei relativi costi.

Il Pef-Nsis è triennale ed è predisposto dalla Cabina di regia del Nsis che lo aggiorna periodicamente (almeno una volta l'anno) secondo una logica «a scorrimento». Eventuali interventi necessari al di fuori dell'aggiornamento periodico sono inseriti nel Piano con tappe intermedie anche rimodulando altri interventi già pianificati. Tocca poi a ogni Regione «nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente» mettere in atto le misure per l'attuazione degli interventi previsti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ESENZIONI E COPAYMENT, REGOLE ENTRO L'ANNO

Arrivano i ticket legati al reddito

Nell'ambito del Patto per la salute non poteva mancare capitolo fondamentale che tocca la maggioranza delle famiglie: le esenzioni e i ticket sanitari. Un argomento di grande impatto per le tasche degli italiani, se si pensa che nel 2012 ogni famiglia ha speso in media 900 euro per la tassa sanitaria. La previsione è che le esenzioni vengano ridotte in modo consistente.

Della questione si occupa in particolare l'articolo 8 sulla "Revisione disciplina partecipazione alla spesa sanitaria ed esenzioni". Il testo mette in chiaro la necessità di «una revisione del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle esenzioni». La revisione deve evitare che «la partecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi e alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità e universalismo».

Per essere efficace ed equo, l'articolo 8 specifica che «il sistema, in fase di prima applicazione, dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare e dovrà connotarsi per chiarezza e semplicità applicativa». Ciò significa che la nuova legislazione potrà prevedere che i cittadini paghino in maniera proporzionale al loro reddito

le visite mediche, le prestazioni accessorie e i farmaci, compresi quelli per malattie croniche. Oggi, invece, tutte le persone, abbienti o meno, che soffrono di malattie croniche, usufruiscono dell'esenzione dal ticket per le prestazioni, dalla radiografia all'analisi del sangue, che riguardano la patologia.

Resta ancora da decidere chi dovrà fornire i dati sul reddito di ogni paziente. Sicuramente, secondo quanto ha già comunicato il [ministro della Salute, Beatrice Lorenzin](#), non saranno più valide né le autocertificazioni, né le dichiarazioni di medici curanti o farmacisti. I dati saranno forniti dall'Agenzia delle Entrate, sulla base della dichiarazione dei redditi fornita da ogni singolo cittadino.

I cittadini, tramite la tessera sanitaria elettronica europea, vedranno automaticamente l'importo del ticket sanitario da pagare quando acquisteranno medicinali o effettueranno una visita medica. Un aspetto molto delicato interessa anche le Regioni, in considerazione del fatto che per tutte il capitolo sanità rappresenta buona parte delle uscite. In particolare l'articolo 8 annuncia che il gettito sarà «il medesimo» previsto dalla legislazione nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FARMINDUSTRIA**«Pronti a investire di più»**

Obiettivo: essere hub d'Europa, ma basta tagli e vincoli

Almeno un miliardo e mezzo di investimenti nei prossimi tre anni e 2mila nuove opportunità di lavoro per i giovani: è la posta su cui sono pronte a scommettere le aziende farmaceutiche in cambio della stabilità delle regole. E la Lorenzin mette sul piatto l'Aifa riformata e potenziata.

A PAG. 10-11

FARMINDUSTRIA/ Annunciato all'assemblea annuale il cambio di rotta del comparto

«Diventeremo l'Hub dell'Ue»

Scaccabarozzi: «Investimenti e posti di lavoro» - Lorenzin: «Cambierò l'Aifa»

Un miliardo e mezzo di investimenti in tre anni (470 milioni già dichiarati). E 2mila nuove opportunità di lavoro per i giovani nel giro di 12 mesi. Nel giorno della chiusura della defatigante trattativa Governo-Regioni sul Patto per la Salute le farmaceutiche hanno mandato a dire che «cambiano verso» anche loro.

E dal palco del Teatro Argentina a Roma, il presidente Farmindustria, **Massimo Scaccabarozzi**, annuncia l'inversione di tendenza che «fa bene all'Italia e alla sua economia».

Così l'Assemblea annuale pubblica degli industriali del farmaco diventa l'occasione giusta per declinare ancora lo slogan e il sogno della ripartenza. L'obiettivo? «Diventare davvero l'hub farmaceutico d'Europa».

«Per la prima volta il Patto per la Salute esplicitamente dichiara che il governo della spesa deve essere collegato alla crescita dell'industria, fondamentale per le strategie del Paese», dice Scaccabarozzi. Dunque stop alla «cultura del pianto»: «Siamo bravi a produrre e bravi a esportare - dice - e lo siamo almeno quanto i più bravi al mondo. E siamo pronti a raccogliere la sfida per cambiare il sistema».

I numeri del comparto sono noti e indiscutibili: «28 miliardi di euro di produzione, 19 miliardi di export (71%), 174 fabbriche, 2,3 miliardi investiti annualmente in produzione e ricerca, 62mila addetti che raggiungono i 126mila con l'indotto non sono frutto del caso», dice Scaccabarozzi che sottolinea il valore delle imprese a capitale italiano, titolari di 50 acquisizioni e 300 insediamenti all'estero, negli ultimi 15 anni.

Nel 2013 l'export farmaceutico in Italia è cresciuto del 14% (gli altri comparti sono stabili) e negli ultimi 5 anni del 64% (+7% la media manifatturiera)

Le aziende hanno determinato il 34% dell'aumento complessivo delle esportazioni manifatturiere in Italia dal 2008 al 2013. Secondo i dati della Banca d'Italia, dal 2001 al 2013 la farmaceutica ha aumentato la produttività: +55% rispetto al +1% della media nazionale. In Europa siamo secondi solo alla Germania per valore della produzione farmaceutica.

E ancora: i medicinali hanno chiuso il 2013 al quarto posto nella classifica dei 119 settori esportatori, dopo quelli della meccanica, e nel primo trimestre 2014 sono saliti sul terzo gradino del podio.

Il comparto è inoltre primo tra i big Ue per produzione pro capite e per contributo al Pil.

Considerando infine le imprese del farmaco e il loro indotto, il valore complessivo di investimenti, stipendi e tasse pagate (13,7 miliardi di euro) supera il ricavo dell'industria derivante dalla spesa pubblica per medicinali (12,1 miliardi).

Il mix produttivo c'è, quello che manca è un Paese capace di essere più attrattivo: «È appena iniziato il semestre di presidenza italiano in Europa. Un'ottima occasione per dimostrare quanto vale l'Italia e quanto valgono le industrie», esorta Scaccabarozzi.

Le richieste sono essenziali: servono condizioni di mercato stabili e competitive; bisogna perciò velocizzare le procedure burocratiche riferite ai nuovi investimenti; accelerare l'accesso all'innovazione frenato da troppi vincoli nazionali e regionali; aiutare le imprese a utilizzare i Fondi europei per produzione e R&S; individuare sistemi premiali per i prodotti che contribuiscono agli investimenti (introducendo per essi un fast track prevedendo incentivi fiscali sul modello del patent box previsto nel

Regno Unito, che riduce la tassazione sui beni prodotti nel Pa-

ese); rendere più veloci le ispezioni ai siti produttivi. Interventi da accompagnare a una revisione del Titolo V della Costituzione, per riportare «al centro», e quindi al **ministero della Salute** e all'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), la politica farmaceutica oggi suddivisa in 21 realtà territoriali, fonte di uno spread sociale non meno grave di quello finanziario.

«Efficienza e velocità di risposta sono un fattore determinante di competitività», rimarca Scaccabarozzi che rilancia l'idea di un'Aifa potenziata e resa simile alla Fda già avanzata dal ministro **Lorenzin**: «Un obiettivo possibile - spiega - destinando all'Agenzia una quota più alta delle tariffe pagate dalle aziende farmaceutiche per le Aic».

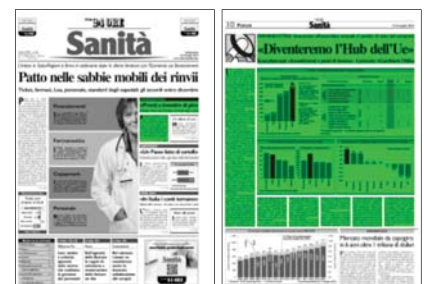
E proprio su questo tema la risposta del ministro non si è fatta attendere: «La riforma degli enti vigilati della Salute - ha detto - approderà in Consiglio dei ministri il 28 agosto. E dentro ci sarà anche la riforma dell'Aifa, che dovrà essere molto forte anche nel ruolo ispettivo e di controllo, garantendo standard altissimi, e dovrà avere una guida etica molto forte, a partire da ciò che riguarda tutto il tema dell'anticorruzione». Un sistema «certo e rigoroso con norme chiare» è la promessa della **Lorenzin** che parla anche del potenziamento degli istituti di ricerca e di un «Istituto superiore di sanità come il National Institute of

Health statunitense». «Poi - ha concluso - penseremo alla sanità integrativa, con fondi aperti e dei percorsi simili a quelli della previdenza, per garantire alle nuove generazioni di poter avere una pensione e una assistenza integrativa».

Ma prima ancora - come ha ricordato il vice-ministro allo Sviluppo economico, Claudio De Vincenti - ci sarà da sciogliere il nodo dei prezzi: «Tra gli argomenti che dovranno essere affrontati nella prossima riunione del Tavolo sulla farmaceutica c'è quello del rafforzamento delle metodologie per fissare il prezzo dei farmaci, soprattutto alla luce dei nuovi costosi prodotti in arrivo». «La vicenda Avastin-Lucentis, legata a due farmaci con un'enorme differenza di prezzo - ha concluso - ci richiama a un lavoro sulla corretta applicazione delle regole di mercato e a una più attenta messa a punto di sistemi per fissare il prezzo dei medicinali. La rigidità dei criteri di valutazione, comunque, non deve essere per forza repressiva, però deve basarsi sul profilo costo-efficacia e deve essere correlata alla reale attività di ricerca portata avanti per lo sviluppo del prodotto e ai suoi costi».

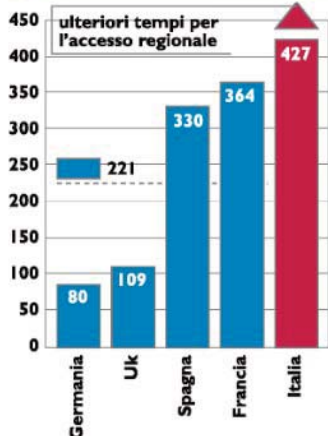
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tempi e condizioni di accesso per i nuovi prodotti

Tempi di accesso (giorni tra autorizzazione Ema e prima vendita nel Paese)



Oltre 2 anni per l'accesso a un nuovo farmaco dopo autorizzazioni nazionali e regionali. E dopo l'accesso una serie di vincoli che ne limitano l'uso

Differenza tra Italia e Big Ue per le vendite di nuovi medicinali autorizzati Ema tra il 2008 e il 2013: -40% in euro pro capite -20% in consumi pro capite

Fonte: elaborazioni Farmindustria su dati Ims

Condizioni di accesso

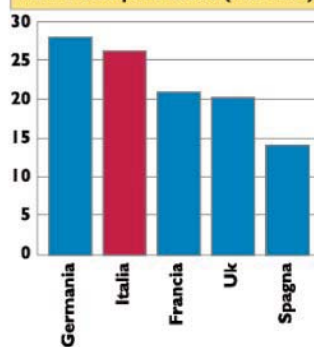
Condizioni di accesso		Germania	Francia	Italia	Uk	Spagna
Tetto di spesa nazionale			●	●		
Prima del lancio	Def. prezzi e rimborsi (Hta)	●	●	●	●	●
	Linee guida nazionali	●	●	●	●	●
	Accordi di risk sharing	●	●	●	●	●
	Immissione nel Pto	●	●	●	●	●
	Linee guida regionali			●		●
Dopo il lancio	Prescrizione medica	●	●	●	●	●
	Monitoraggio Web			●		
	Quote medici Me-too		●	●		
	Tetto di spesa per categoria		●	●		
	Tetto di spesa per prodotto		●	●		
	Budget ospedaliero	●	●	●	●	●
	Registri di prodotto	●	●	●	●	●
	Quote farmaci Me-too	●	●	●	●	●

● Condizioni generali ● Condizioni applicate solo in casi specifici

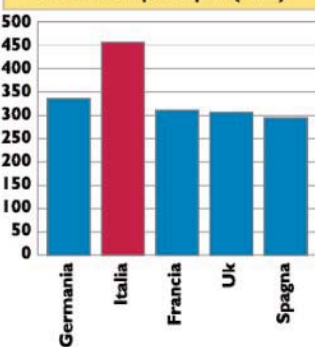
Fonte: Bcg

Valore della produzione e produzione pro capite

Valore della produzione (mld euro)

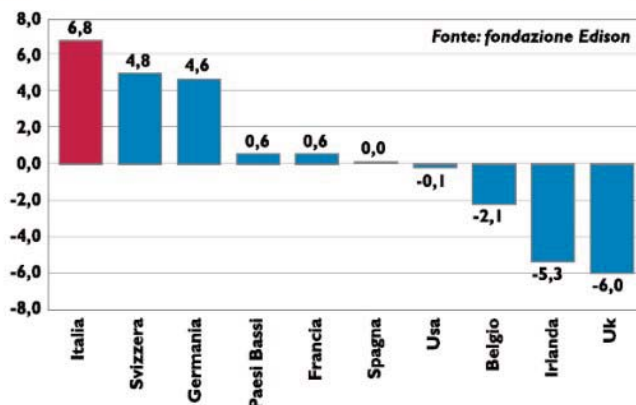


Produzione pro capite (euro)



Fonte: elaborazioni su dati Eurostat, Efpia

Esportazioni di medicinali: differenza 2010-2013, mld dollari



Fonte: fondazione Edison

Industria farmaceutica in Italia

- **174** fabbriche
- **62.300** addetti (90% laureati e diplomati) e altri **64mila** nell'indotto
- **5.950** addetti alla R&S
- **28 miliardi di €** di produzione, il 71% destinato all'export
- **2,3 miliardi di €** di investimenti (1,2 in R&S e 1,1 in produzione)

Fonte: elaborazioni su dati Istat

Il bilancio della presenza dell'industria

Miliardi di euro, contributo diretto e dell'indotto

Investimenti in produzione e ricerca	3,3 +
Stipendi e contributi	6,3 +
Imposte *	4,1 =
Contributo totale	13,7
Ricavo industria da spesa pubblica **	12,1

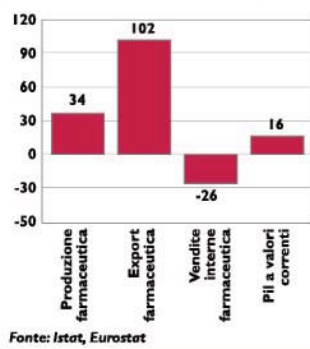
(*) dirette, specifiche e Iva

(**) spesa territoriale + ospedaliera, al netto dei pay-back

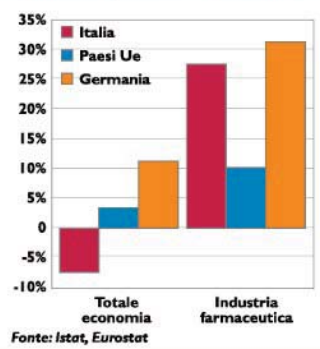
La presenza regionale

<p>Lombardia</p> <ul style="list-style-type: none"> • 28mila addetti farmaceutici, prima Regione farmaceutica e biotech; 14mila addetti nell'indotto (chimica, meccanica, carta) 	<p>Lazio</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14mila addetti, 42% dell'export regionale (82% dell'export hi-tech), 6.600 addetti nell'indotto (chimica, imballaggi). Seconda Regione farmaceutica per numero di occupati e prima per export, risultati resi possibili dalla presenza di importanti aziende a capitale italiano e a capitale estero, attive nella produzione e nella ricerca 	<p>Puglia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centri di eccellenza di grandi gruppi internazionali (3.000 addetti diretti e nell'indotto). A Bari e Brindisi il 31% dell'export manifatturiero totale 	<p>Marche</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.800 addetti diretti e nell'indotto. Ad Ascoli Piceno 62% dell'export manifatturiero
<p>Piemonte e Liguria</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.200 addetti farmaceutici e 7.000 nell'indotto (meccanica, chimica, imballaggi) 	<p>Campania</p> <ul style="list-style-type: none"> • 900 addetti totali e 4mila con l'indotto 	<p>Sicilia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circa 1.000 addetti diretti e 4mila nell'indotto. Il 26 per cento dell'export manifatturiero si concentra nella provincia di Catania 	<p>Emilia Romagna</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3.300 addetti diretti e 6.000 nell'indotto (meccanica, chimica, vetro). A Parma terzo settore per export
<p>Toscana</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6mila addetti diretti, 4mila addetti nell'indotto (vetro, chimica) 		<p>Abruzzo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Più di 1.100 addetti (100 in R&S), altrettanti nell'indotto 	<p>Veneto</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.700 addetti, 6.000 nell'indotto (meccanica, chimica, imballaggi)

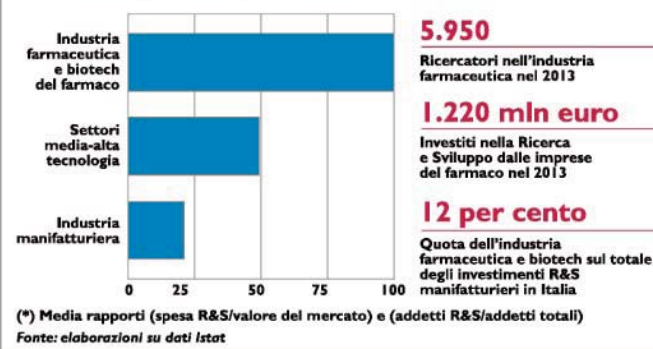
Variazione % cumulata 2003-2013



Variazione percentuale 2000-2012



Intensità per settore*, indice industria farmaceutica e biotech = 100



ASSISTENZA OSPEDALIERA

Si sbloccano i nuovi standard sui posti letto

Il Patto sblocca finalmente l'intesa che darà il via al regolamento sugli standard ospedalieri, pronto da novembre 2012. «All'interno del Patto - ha ricordato la ministra **Lorenzin** in occasione del question time alla Camera - si sono discussi i nuovi parametri del regolamento rimasto inattuato ormai da più di due anni. Il testo sarà immediatamente trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni per la previa intesa, dopo l'approvazione del Patto stesso».

I nuovi criteri qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi indicati nello schema di regolamento che attua l'articolo 15, comma 13, lettera c), della legge 135/2012 (spending review) produrranno un taglio di almeno 7.389 posti letto. Il Regolamento indica il metodo di calcolo per la riduzione delle Unità operative complesse e la riconversione delle strutture ospedaliere.

Al 1° gennaio 2012 in Italia erano presenti 231.707 posti letto (3,82 ogni mille abitanti) di cui 195.922 per acuti (3,23 ogni mille abitanti) e 35.785 per post-acuti (0,59).

La "spending" indica come obiettivo una media complessiva di 3,7 posti letto per mille abitanti, di cui lo 0,7 deve essere dedicato a riabilitazione e lungo-degenti e i restanti 3 per gli acuti. I posti letto devono quindi arrivare in totale a 224.318. Di questi 181.879 dovranno essere per acuti (-14.043) e fino a

42.438 per post-acuti (+6.635).

I calcoli si basano sulla popolazione generale di ogni Regione pesata e corretta in base alla percentuale di anziani e ai flussi di mobilità ospedaliera tra Regioni. Il correttivo tiene conto del fatto che alcune Regioni registrano una mobilità attiva, in quanto i loro ospedali attraggono pazienti residenti altrove. In cinque Regioni - si legge nel sito del ministero - e cioè Lombardia, Provincia autonoma di Trento, Emilia Romagna, Lazio e Molise, si risconterà una diminuzione dei posti letto di entrambe le tipologie. L'Umbria è l'unica Regione che potrà aumentare i posti letto in entrambe le tipologie.

L'articolo 3 del Patto, sempre in tema di ospedaliera, indica poi il termine del 31 ottobre per l'Intesa Stato-Regioni sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del paziente (legge 131/2003, articolo 8, comma 6).

Infine, entro sei mesi dalla stipula del Patto, andrà definito un «documento di indirizzo sui criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari setting riabilitativi», per garantire alla persona con disabilità un percorso integrato all'interno della rete di presa in carico. Le prestazioni di riabilitazione territoriale, poi, saranno monitorate grazie alla realizzazione e all'implementazione dell'archivio realizzato ad hoc nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CASO

Cottarelli: tagli alle società pubbliche ma non ci saranno effetti sul personale

ROMA. Si infittisce oltre ogni immaginazione la giungla delle partecipate pubbliche: dopo i primi conteggi che le quantificavano in 8mila, scrive il commissario alla

spending review Carlo Cottarelli nel suo blog, incrociando altre banche dati si è arrivati a 10mila, cifra che però è ancora in difetto: «Poco più della metà delle Asl ha



Carlo Cottarelli

risposto, così come ha mancato l'appello il 50% dei comuni sotto i 30mila abitanti». È certo comunque che intervenire su queste società non ha niente a che vedere con tagli o esuberi di personale: 2.671 aziende hanno più manager che addetti e 1.213 oltre agli altri amministratori non hanno nessun dipendente. Sui costi per la collettività, Cottarelli ricorda che nel 2012 le perdite delle partecipate sono state di 1,2 miliardi, ma il buco è più profondo perché spesso le attività «sono finanziate con contratti di servizio troppo generosi i cui costi gravano sui cittadini».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ritmo circadiano. Dal Fens-Forum di Milano, summit mondiale sul cervello, nuove ricerche e prospettive su obesità, diabete, malattie cardiovascolari, depressione e dipendenze. La svolta cronobiologica

Sonno, cibo, farmaci l'importanza delle ore

CECILIA RANZA

CIBI calibrati secondo l'ora del giorno, ovvero la cronobiologia alimentare come approccio per prevenire, o per contenere, le cronicità che a tavola trovano un facile carburante: malattie cardiovascolari, diabete, obesità (e probabilmente anche tumori). A Irvine (California) Paolo Sassone-Corsi ha fatto dell'orologio circadiano il fulcro della sua ricerca. Relatore a Milano del FENS Forum, summit neurobiologico mondiale che si chiude domani, Sassone-Corsi spiega: «La cronofarmacologia ottimizza i risultati della somministrazione di un farmaco, indicando l'ora migliore di assunzione e ridimensionando così anche il rischio di effetti collaterali. Perché non fare altrettanto in cucina? Non siamo solo noi universitari a lavorarci: le maggiori aziende alimentari si sono già attivate».

Il discorso a monte è complesso: «C'è un dato di fatto: nel mondo le persone con malattie da sovralimentazione sono più di quelle che soffrono di carenza. E, da alcuni cibi, si rischia di diventare dipendenti: in fondo sono la nostra prima droga quotidiana. Le aree cerebrali che si attivano durante la gratificazione alimentare, infatti, sono le stesse delle dipendenze classiche, come la nicotina».

C'è di più: «Abbiamo da poco dimostrato, nel topo, il disastro metabolico di pasti troppo grassi ripetuti. Nel fegato, investito da un'onda anomala, si mettono a tacere i geni che oscillano secondo l'orologio di un'alimentazione bilanciata e se ne attivano altrettanti, totalmente diversi, votati al mantenimento dello squilibrio. Insomma, c'è una riprogrammazione in peggio, che porta all'accumulo di grasso e all'infiammazione cronica. Nel lungo periodo, è il minimo comun denominatore di malattie croniche e di molti tumori». La notizia buona è solo parziale: «Se si torna a un'alimentazione equilibrata il processo è reversibile, ma parzialmente e ci vuole tempo», afferma Sassone-Corsi.

Su questo filone si muove anche la collaborazione con l'Arabia Saudita. Oggetto: che succede prima, durante e dopo il Ramadan. «In origine, anche dopo le lunghe ore di digiuno,

l'alimentazione era frugale. Oggi non è più così. A maggior ragione ci aspettiamo parecchio dalle indagini, condotte su migliaia di soggetti. Il tasso di obesità è il più alto al mondo: per questo il Governo saudita ha approvato uno stanziamento poderoso». L'alternanza luce-buio è quella che dà il ritmo all'orologio biologico e governa il ciclo sonno-veglia, tant'è vero che turnisti, infermieri, viaggiatori intercontinentali, nottambuli compulsivi sono stati i primi a essere studiati e che, oggi, si punta il dito anche sulle troppe ore serali davanti a schermi Tv/computer/tablet. L'utilizzo virtuoso dello stimolo luce è però la base degli studi di optogenetica, condotti a Oxford da Gero Miesenböck: «Con la luce possiamo attivare/disattivare circuiti cerebrali selezionati», spiega. «Nelle mosche della frutta, abbiamo studiato gli stimoli che modulano il corteggiamento, per poi approfondire i disturbi del sonno. Conosciamo i neuroni che danno il "la" alla necessità di dormire e il gene che li governa. Alterando il gene, il segnale "sonno" non parte: anche negli insetti, l'insonnia cronica pregiudica le capacità cognitive e di memoria. Nell'uomo le ricadute sono anche altre, più gravi e croniche; ecco perché bisogna insistere».

Che i disturbi del sonno siano per esempio un marcatore accertato di depressione è noto. Ma sono anche un ben noto correlato della deprivazione di droghe d'abuso, a complicare il percorso di disassuefazione: «I neuropeptidi coinvolti nel sovvertimento del ciclo sonno-veglia agiscono sul sistema cerebrale dello stress, che governa le risposte allo stress stesso e gli stati di alterazione dell'umore», ricorda George Koob, National Institutes of Health (Usa). «È un aspetto mai approfondito nei tossicodipendenti. Noi speriamo di individuare un interruttore diretto sullo stato emozionale negativo, che sta alla base del desiderio incoercibile della "dose"».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli studi in Arabia sul Ramadan, l'alternanza luce-buio e l'abuso di tv e computer durante la notte

CORRIERE DELLA SERA / SALUTE

[HOME](#)
[TV](#)
[ECONOMIA](#)
[SPORT](#)
[CULTURA](#)
[SCUOLA](#)
[SPETTACOLI](#)
[SALUTE](#)
[SCIENZE](#)
[INNOVAZIONE](#)
[TECH](#)
[MOTORI](#)
[VIAGGI](#)
[CASA](#)
[CUCINA](#)
[IDONNA](#)
[27ORA](#)
[MODA](#)



Eurostar bloccato nel tunnel della Manica:



Il Tesoro fa il pieno nell'asta Botil tasso sale allo



Il Papa contro gli abusi del clero sui bambini:



«Nessuno ha ancora aderito Ma farò l'auto



POLITICHE DI CONTRASTO

Farmaci, contro le frodi task force internazionale

L'Interpol ha arrestato a maggio 237 persone, con la collaborazione di 111 Stati

di Margherita Fronte

FARMACI

(+3) v



La guerra fra i trafficanti di medicine contraffatte e le forze dell'ordine è a tutto campo e non conosce confini. La scorsa primavera, l'Interpol ha concluso l'operazione Pangea VII, la più grande mai condotta per contrastare il crimine farmaceutico, che ha visto la collaborazione delle polizie e delle autorità sanitarie di ben 111 Paesi in tutti i

continenti. Nella settimana fra il 13 e il 20 maggio, i controlli alle dogane e le attività di investigazione hanno portato al sequestro di prodotti venduti illegalmente per un valore di quasi 36 milioni di dollari, fra pillole dimagranti e per la disfunzione erettile, farmaci antitumorali, medicine contro tosse e raffreddore, antimalarici, rimedi contro il colesterolo e molto altro.

L'operazione ha portato inoltre all'arresto di 237 persone, allo smantellamento di tre laboratori in Colombia, alla chiusura di 10.600 siti web e alla rimozione di oltre 19 mila pubblicità dalle pagine di numerosi siti e social network. «Il commercio illegale di farmaci è un fenomeno che varca i confini degli Stati, e per combatterlo è cruciale lavorare tutti insieme» spiega Domenico Di Giorgio, a capo dell'Unità anticontraffazione dell'Aifa. Per rinforzare le azioni di contrasto vi sono quindi diverse iniziative. «Sul piano legislativo, la direttiva Ue del 2011 mira ad armonizzare le regole nell'Unione, e quando il nuovo logo europeo permetterà di individuare i siti che agiscono nella legalità, sarà anche necessario avere un sistema che permetta di sanzionare quelli che invece conducono la loro attività al di fuori della legge» prosegue l'esperto.

MediCrime

Proprio a questo scopo, nel 2011 il Consiglio d'Europa ha istituito la convenzione MediCrime, firmata fino a oggi da 20 Paesi, fra cui l'Italia, e ratificata da tre (Spagna, Ucraina e Ungheria). «Quando sarà in vigore

c'è Supradyn magnesio e potassio.

La ricarica completa per l'estate.

Clicca qui per verificare se questo sito web è legale

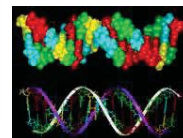
SALUTE
Farmacie online certificate: marchio per riconoscere quelle legali



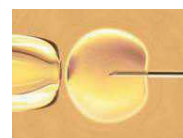
SALUTE
Farmaci, contro le frodi task force internazionale



CARDIOLOGIA
Test: scopri quanto è sano il tuo cuore



SALUTE
L'obiettivo è «riscrivere» il genoma



SPORTELLINO CANCRO
Farmaci per la fertilità sicuri, nessun rischio di cancro

Ecco il toolkit universale per diagnosticare la menopausa

E' da ieri a disposizione di tutti un toolkit globale, primo al mondo, progettato specificatamente per la diagnosi e gestione della menopausa, che si può utilizzare per tutte le donne a partire dai 40 anni di età, in ogni parte del mondo



Lo hanno creato alla Monash University, l'Università australiana che ha anche una sede a Prato, in Italia, ed è **il primo toolkit al mondo progettato per diagnosticare e gestire la menopausa**, da utilizzare con le donne a partire dai 40 anni di età, a livello globale.

Lo hanno battezzato "Practitioner Toolkit for Managing the Menopause" e include uno strumento di diagnostica, così come un compendio di terapie ormonali approvate. Lo si può trovare, ed eseguire il download, sulla rivista scientifica *Climacteric*.

A metterlo a punto sono stati i ricercatori guidati dalla prof.ssa Susan Davis, presso la Scuola di Sanità Pubblica e Medicina Preventiva. Il toolkit è **il risultato della combinazione della più recente ricerca esistente sulla menopausa con algoritmi diagnostici e una vasta esperienza clinica**.

Progettato per l'utilizzo in un ambulatorio medico, funziona anche attraverso la storia medica del paziente e i fattori di rischio; il tutto per arrivare alla migliore soluzione di trattamento.

A detta della prof.ssa Davis, il toolkit riempie il vuoto delle linee guida, facendo chiarezza sulla diagnosi e la gestione della menopausa, dotando i medici di fondamenti per la cura di ogni donna che varca questa soglia.

«Ci sono molte linee guida dettagliate disponibili sul menopausa – spiega Davis – ma la realtà è che **la maggior parte dei medici non hanno il tempo** di sfogliare un rapporto di 40 pagine quando hanno solo 5 o 10 minuti disponibili per una paziente».

«Sulla base dei feedback tra pazienti e medici, ci siamo resi conto di quanta confusione sia diffusa, non solo nel modo di determinare quando inizia la menopausa, ma anche nel prescrivere un trattamento adeguato per trattare gli effetti collaterali – aggiunge la dott.ssa Davis – Con molti medici neolaureati che ricevono poca formazione in questo settore, abbiamo capito che c'era una chiara necessità di linee guida semplici e pratiche».

La menopausa, nella maggior parte delle donne, sopraggiunge un un'età compresa tra 45 e 55 anni. E, a causa dei cambiamenti ormonali, **un'altrettanta maggioranza di donne prova tutta una**

serie di sintomi, tra cui vampate di calore, ansia e depressione, dolori articolari. Sintomi che variano notevolmente da donna a donna e che possono essere del tutto assenti a debilitanti: per questo e altri motivi, eseguire una diagnosi chiara è difficile, sottolinea la ricercatrice.

«Metà della popolazione mondiale sperimenterà la menopausa a un certo punto della propria vita – commenta Davis – ma ancora **non c'era uno strumento diagnostico d'uso comune**, e questo sta creando confusione tra le donne e i medici. Molte persone pensano che la menopausa sia la stessa per ogni donna, ma la realtà è ben diversa. Ogni donna ha la sua propria esperienza individuale della menopausa il che la rende a volte difficile da diagnosticare».

La risorsa è gratuita e il toolkit, inoltre, contribuisce a informare medici e pazienti sui benefici e i rischi del trattamento della menopausa.

«La terapia ormonale è comunemente prescritta alle donne, ma il suo successo varia a seconda del tipo e della gravità dei sintomi, condizioni personali e sfondo medico – sottolinea la prof.ssa Davis – Questo toolkit ha **il potenziale per cambiare la situazione** perché è progettato per funzionare altrettanto bene per una donna di 41 anni di Madras come per una di 48 anni di Manhattan».

L'International Menopause Society (IMS) sta promuovendo l'uso del toolkit in tutto il mondo, affermando che è il primo a presentare consigli pratici strutturati.

<http://www.lastampa.it/2014/07/08/scienza/benessere/salute/ecco-il-toolkit-universale-per-diagnosticare-la-menopausa-XTUwWt3p7IHwPV7rF4vgKN/pagina.html>

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 07 LUGLIO 2014

Malattie croniche. Pecorelli (Aifa): “Ricerca non basta. Serve prevenzione ed educazione sanitaria”

Per il presidente dell’Aifa investire su prevenzione e stili di vita è necessario per garantire la sostenibilità del sistema, a fronte dell’ingresso sul mercato di nuovi farmaci, sempre più mirati ed efficaci, ma anche molto più costosi.

Investire sull’educazione sanitaria e sugli stili di vita per prevenire le malattie croniche e garantire la sostenibilità del sistema a fronte dell’ingresso sul mercato di nuovi farmaci, sempre più mirati ed efficaci, ma anche molto più costosi. È l’invito lanciato dal **Presidente dell’Aifa, Sergio Pecorelli**, nel corso dello Speciale 5azioni “Silver Generation” sulla prevenzione delle malattie croniche e sull’informazione, trasmesso in streaming nei giorni scorsi dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Brescia, a margine del 3° evento CUEM (Clinical Update in Endocrinologia e Metabolismo) “La terapia delle malattie endocrino-metaboliche”. A rilanciare le parole di Pecorelli è oggi un articolo sul sito dell’Agenzia italiana del farmaco.

“In Italia si spende ancora troppo poco in prevenzione (circa l’1,4% della spesa sanitaria), quando si dovrebbe investire almeno il 3-5% - ha affermato Pecorelli – Eppure gli stili di vita sono fondamentali, soprattutto perché si vive più a lungo (l’aspettativa di vita per chi nasce oggi è di 104 anni) e l’obiettivo di tutti è invecchiare in salute mantenendo una buona qualità della vita ed evitando o ritardando l’insorgenza di malattie croniche”.

“Dobbiamo però tenere presente che la prevenzione inizia da piccoli: i primi due anni di vita sono quelli da cui dipende il 70% della storia futura del bambino, e l’età compresa tra i 4 e i 7 anni è la più importante dal punto di vista formativo. Oggi – ha aggiunto Pecorelli – dobbiamo far fronte alle cosiddette ‘malattie non comunicabili’: il diabete, l’obesità, il cancro, le malattie cardiovascolari, le malattie bronco-polmonari croniche e quelle neurodegenerative, che sono le principali responsabili della mortalità e della disabilità in tutto il mondo. La medicina fa progressi straordinari grazie alla ricerca e siamo in grado di curare adesso patologie come l’epatite C, che potevano sfociare nel trapianto di fegato e nella morte del paziente. Ma a fronte di farmaci sempre più mirati, nell’ambito di quella che si definisce ‘medicina di precisione’, i costi per l’intero sistema possono divenire enormi, ponendo problemi di natura etica oltre che economica”.

“Tutti i farmaci, infatti – ha proseguito il presidente dell’Aifa -, devono superare un percorso lungo e rigoroso prima di approdare sul mercato, sia che siano destinati a platee più ristrette, come i nuovi prodotti, sia che vengano impiegati in milioni di pazienti come i vecchi blockbuster. Il meraviglioso mondo della conoscenza ci sta fornendo molecole che saranno presto in grado di migliorare, ad esempio, la cura del tumore del pancreas e del polmone. Sono in arrivo 49 nuovi farmaci per un costo globale di 5-8 miliardi. Per questo è necessario affrontare il nuovo complesso scenario coinvolgendo tutti i protagonisti: le Istituzioni, i medici, le aziende ma soprattutto i pazienti. Non dimentichiamo che, se c’è una categoria che davvero desidera rischiare per riuscire a guarire, è quella dei pazienti”.

Per Pecorelli è però necessario che il cittadino sia correttamente informato e in grado di fornire un contributo qualificato. In altre parole, bisogna puntare sul suo empowerment. E, in questo senso, la comunicazione deve fare da ponte per la conoscenza, contribuendo a creare una vera e propria

cultura della salute e delle ricerca. “Il nostro Paese non avrebbe conosciuto il fenomeno Stamina – ha detto Pecorelli – se avesse avuto una forte coscienza del valore della ricerca scientifica, che è una delle espressioni più importanti della libertà dell'uomo”.

Ma se la scienza produce conoscenza, la tecnologica fornisce gli strumenti per condividere, incrociare e integrare le informazioni, con straordinari potenziali utilizzi, tanto nella ricerca scientifica quanto nella pratica clinica. “In Europa abbiamo a disposizione trilioni di dati sulle persone affette da malattia che, se utilizzati, potrebbero aiutarci a risolvere molti problemi di salute e ottimizzare le strategie di prevenzione – ha detto Pecorelli – Un esempio: l'AIFA ogni anno immette nel suo database 700 milioni di ricette. Confrontando questi dati con le schede di dimissione ospedaliera fornite dall'Agenas, si è visto che il 40% dei pazienti a cui era stato prescritto un anti-ipertensivo e che non avevano continuato ad assumere il farmaco dopo la prima prescrizione è stato ammesso in ospedale per un episodio di ipertensione probabilmente dovuto alla mancata assunzione dei farmaci. Prevenzione, in questo senso, presuppone gestione dei dati e delle informazioni, aumento delle conoscenze e capacità di comunicarle a tutti gli interessati”.

ALZHEIMER: NUOVO MANUALE PER PRENDERSI CURA DEI 'CAREGIVERS'

(AGI) - Milano, 7 lug. - Il Consorzio San Raffaele ha messo a punto un manuale di suggerimenti per "prendersi cura di chi si prende cura" dei malati di Alzheimer. In Italia circa un milione di individui convivono con questo fardello, affiancati nel doloroso cammino da tre milioni di familiari che ogni giorno si trovano ad affrontare tutte le difficoltà e i disagi del caso. Ed è proprio ai familiari, ed in generale a tutti i caregivers, che si rivolge il manuale "Fragilità e malattia di Alzheimer". "Una guida pratica che ha lo scopo di 'prendersi cura di chi si prende cura' - ha spiegato Luigi Addante, coordinatore sanitario del Consorzio San Raffaele - rivolta principalmente a chi ogni giorno si trova ad occuparsi quotidianamente del malato di Alzheimer, sia esso un familiare, un amico o un operatore sanitario. Depressione, ansia, insonnia, ipertensione - ha detto Addante - sono solo alcune delle patologie a cui sono esposti i caregivers. È quindi fondamentale fornire loro un adeguato supporto che li aiuti ad affrontare la quotidianità". Ad introdurre il manuale un vero e proprio decalogo rivolto ai caregivers, dieci regole frutto dell'esperienza professionale degli operatori sanitari e delle testimonianze delle famiglie. Stabilire una routine quotidiana, preservare l'autonomia del paziente, mantenere sempre aperto un canale di comunicazione, imparare a gestire lo stress e ritagliarsi del tempo da dedicare a se stessi: queste sono solo alcune delle indicazioni fornite all'interno della guida. Oltre al decalogo, il manuale consta di due parti: la prima dedicata all'assistenza quotidiana e la seconda dedicata ai disturbi del comportamento. (AGI)