

Patto per la salute 2014-2016: in settimana l'intesa Stato-Regioni - **Lorenzin**: «Vent'anni di sostenibilità»

Una scommessa da 327 miliardi

Governatori mai più commissari - Meno tagli ai posti letto - Ticket: delega per fine anno

I governatori non potranno più essere commissari per il piano di rientro della propria Regione. I medici (non solo però) saranno assunti nel Ssn anche senza specializzazioni, ma al livello Ds (quello più alto) del comparto sanità. Sono salve le piccole case di cura

private e di posti letto nel pubblico se ne ridurranno circa la metà di quelli inizialmente previsti. Sono alcune delle ultime novità del Patto per la salute che questa settimana approderà in Stato-Regioni per l'intesa. Con la promessa mantenuta e vidimata dall'Economia di

far restare "in casa" tutti i risparmi che si faranno nel Ssn. Anche quelli della revisione dei Lea e del Prontuario, rimandata però a fine anno. Un Patto 2014-2016 che non si fermerà agli effetti nel triennio, ma garantirà, secondo il ministro Lorenzin, una stabilità ventennale.

A PAG. 2-3

Governatori e Governo pronti all'intesa da 327 miliardi in tre anni - Ultimo rebus: gli investimenti

Patto salute, i giochi sono fatti

I risparmi restano "in casa" - Un comitato ad hoc veglierà sull'attuazione

Una luce in fondo al tunnel. Assessori, tecnici delle Regioni ed esperti del ministero hanno ufficialmente chiuso mercoledì scorso la fase tecnica di confronto sui contenuti del Patto per la salute, già avviato al primo screening politico in commissione salute, con il coinvolgimento di tutti gli assessori regionali alla sanità e ministero, per la messa a punto degli ultimi tasselli del puzzle che in queste settimane ha preso forma sul tavolo misto Governo-Regioni.

Il testo coordinato sarà pronto questa settimana, quando i vari aspetti concordati saranno assemblati e pronti per la Stato-Regioni straordinaria - annunciata dal presidente della Conferenza, Vasco Errani ma non ancora convocata - che darà il via libera definitivo all'accordo che nel triennio vale finanziamenti pubblici per complessivi 327,5 miliardi.

Fuori Patto restano Lea (la revisione è prevista per fine settembre) e ticket, sui quali ci sarà una sorta di legge delega all'interno del Patto con una Commissione ad hoc che dovrà individuare entro dicembre i nuovi meccanismi. «È una riforma importantissima - ha commentato la scorsa settimana, al termine dei lavori tecnici, il **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin** - che riorganizza la programmazione per i prossimi tre anni e risolve una serie di nodi lasciati aperti e irrisolti negli ultimi anni nel sistema sanitario. Sarà il passo decisivo per garantire la sostenibilità del nostro sistema per i prossimi 15/20 anni». Il ministro ha poi evidenziato che il Patto contiene «una clausola di salvaguardia: ci sarà un comitato che vigilerà sulla sua attuazione».

Rispetto a quelle già annunciate (si veda "Il Sole-24 Ore Sanità" n. 24/2014) ci sono ulteriori novità che appaiono all'orizzonte dopo la stesura "tecnica".

Risparmi. La prima e più importante novità è la vittoria Regioni-**Lorenzin** con il via libera dell'Economia, che ha accet-

tato di lasciare i risparmi ottenuti con il nuovo Patto nel Ssn, per consentire politiche di sviluppo e investimento: nel computo figureranno anche quelli derivanti dai nuovi Lea, da approvare entro fine settembre, stimati in circa 900 milioni nel triennio.

Resta invece ancora in sospeso - sempre in attesa del parere dei tecnici di Padoan - la richiesta delle Regioni al Governo di finanziare almeno gli accordi di programma per l'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico delle Regioni che già hanno ottenuto il via libera del Cipe. Rinviato invece a settembre il restyling dei criteri di riparto rispetto alla quantificazione dei costi standard utilizzata nel 2013.

Spending. Restano i principi di quella modello Cottarelli che andranno applicati secondo le caratteristiche del Ssn: in quest'ottica il primo vincolo introdotto nel documento è della creazione di una rete centralizzata tra centrali di acquisito regionali.

Farmaci e dispositivi. Ancora da chiarire il contenuto del "cambio di rotta" annunciato dalla **Lorenzin** in tema di farmaceutica. Al capitolo delle pillole è comunque certa l'attuazione della vecchia norma del Dl Balduzzi che aveva previsto la revisione del Prontuario terapeutico da parte dell'Aifa con conseguente risparmio di circa 600 milioni. In pista anche nuovi percorsi di equivalenza terapeutica, mentre l'utilizzo a tappeto dell'Hta (Health Technology Assessment) sia per farmaci che per i dispositivi medici, nonché in particolare per questi ultimi la realizzazione di reti di vigilanza ad hoc nazionale e locali.

Piani di rientro. È previsto un monitoraggio strettissimo e continuo di supporto alle Regioni in piano di rientro da parte dell'Agenas, anche di tipo preventivo rispetto a eventuali carenze nell'appli-

cazione delle misure o a inefficacia dei loro risultati.

Novità sono in vista anche per i commissari: quelli attuali restano, ma i prossimi non potranno più essere governatori. Dovranno avere un profilo tecnico e capacità adeguata al compito, ma verrà posto il veto alle figure politiche: gli incarichi di governo saranno incompatibili con la nomina.

Ospedali. Il limite di posti letto per le case di cura private accreditate resta a quota 60, ma da 40 in su sarà possibile eseguire accorpamenti amministrativi che funzionerebbero di fatto da ciambella di salvataggio anche per le più piccole. Per le monospécialistiche il criterio resta lo stesso, tranne per quelle di neuroriabilitazione che non avrebbero limiti.

Per quanto riguarda i posti letto pubblici - fermo restando lo standard di 3,7 posti letto per mille abitanti - la revisione finale degli eventuali tagli avrebbe abbassato l'asticella delle riduzioni dagli oltre 7mila posti letto in meno previsti ai tempi di Balduzzi (tra 14.043 in meno per acuti e 6.653 in più per la post-acuzie), a circa 3mila-3.500 tagli veri e propri.

Cure primarie. Legato a doppio nodo con la revisione della rete ospedaliera è il restyling delle cure primarie. Che seguirà il processo indicato nella legge Balduzzi (legge 189/2012) con l'obbligo di attivare le aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e le unità complesse di cure primarie (Ucep) in tutte le Regioni e come nuova, unica forma di gestione dell'assistenza sul territorio.

**Paolo Del Bufalo
Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DIRIGENZA

Si fa la differenza: o manager o professionisti

Nelle previsioni per il personale dirigente del Ssn, si fa strada nel Patto la richiesta che ormai da tempo i medici per primi su cui il sistema attuale incide di più, ma anche tutta la dirigenza non medica del Ssn, portano avanti per consentire differenziazioni anche a livello economico, agendo esclusivamente sulle risorse integrative - come richiesto sempre dai sindacati - visto che i fondi ordinari e gli aumenti sono ancora congelati dai blocchi dei contratti.

Si tratta della separazione tra percorsi professionali e percorsi gestionali per i dirigenti del Ssn. In sostanza oggi tutti i medici sono considerati dirigenti, ma questa qualifica si scontra spesso contro necessità assistenziali della professione che il cambio di rotta vorrebbe avviare. Una differenziazione che avverrà proprio in base alle disponibilità finanziarie dei fondi aziendali della contrattazione integrativa del personale dirigente, determinate in base ai vincoli della legislazione e che soprattutto a quelle disponibili si dovrà adeguare.

La previsione è di avviare un percorso che abbia come obiettivo la ridefinizione e la differenziazione dei percorsi di natura gestionale e quelli di natura professionale, riconsiderando anche gli attuali sistemi di conferimento degli incarichi previsti dal decreto legislativo 502/1992 e dalle norme contrattuali, allo scopo di introdurre criteri di accreditamento professionale per la valorizzazione di carriera dei professionisti dipendenti dal Servizio sanitario nazionale.

La previsione è di avviare un percorso che abbia come obiettivo la ridefinizione e la differenziazione dei percorsi di natura gestionale e quelli di natura professionale, riconsiderando anche gli attuali sistemi di conferimento degli incarichi previsti dal decreto legislativo 502/1992 e dalle norme contrattuali, allo scopo di introdurre criteri di accreditamento professionale per la valorizzazione di carriera dei professionisti dipendenti dal Servizio sanitario nazionale.

PROFESSIONI

Contratti flessibili e benchmark internazionale

Anche in questo caso il restyling per le professioni si farà grazie alle risorse della contrattazione integrativa del personale del comparto del Ssn. Che saranno "investite" «nella valorizzazione delle competenze/responsabilità, già acquisite nei percorsi formativi, dalle professioni sanitarie infermieristiche-ostetriche, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, così da favorire un sistema professionale capace di sostenere le esigenze dei servizi e della popolazione».

Il percorso scritto nel Patto prevede tre componenti:

- contrattuale, con un sistema di "dinamicità flessibile", escludendo ingessature organizzative, nelle progressioni di carriera. Il tutto con effetti che dovranno comunque rispettare le norme in vigore e favorire meccanismi di valorizzazione professionale sia di natura economica che giuridica in grado di riconoscere il valore e il contributo dei singoli professionisti nel processo assistenziale/organizzativo;

- formativa regionale. In questo caso è prevista una formazione modulare per la professionalizzazione degli operatori in base agli obiettivi della programmazione e in funzione delle risorse disponibili per questo scopo;

- formativa curricolare universitaria. Si devono ridefinire i piani di studio della laurea triennale abilitante per la professione e di quella magistrale, ma anche dei master previsti da accordi tra ministeri e Regioni, per rispondere alle necessità di sviluppo delle professioni sanitarie e tenendo presenti le esperienze positive a livello internazionale. Il tutto sempre e solo con le risorse disponibili.

RECLUTAMENTO

Per l'assunzione bastano laurea e abilitazione

Le novità maggiori in materia di personale riguardano proprio il reclutamento che per medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, psicologi e chimici potrà avvenire inquadrando nella categoria DS dell'area contrattuale del comparto con l'unico requisito di accesso della laurea e dell'abilitazione professionale. Per farlo però dovranno essere soppressi un numero di posti di aziende ed enti sanitari equivalente sul piano finanziario alle nuove assunzioni.

Naturalmente il reclutamento avverrà previo concorso bandito dall'azienda per l'assunzione di un professionista da inquadrare in una delle discipline previste dalle norme. Il neoassunto sarà adibito dal direttore di struttura complessa alle attività istituzionali caratteristiche della sua professione e della disciplina di inquadramento, in linea con le competenze acquisite.

Al termine del periodo di prova, il professionista potrà accedere in soprannumero e «nei limiti della capacità formativa della scuola» al corso di specializzazione della relativa disciplina, secondo le norme sulle specializzazioni. Il protocollo d'intesa Regione-Università dovrà stabilire la frequenza del corso, che si svolge presso l'Università per la parte teorica e presso l'azienda sanitaria per quella pratica. La rete delle strutture del Ssr si farà carico del raggiungimento degli obiettivi di formazione pratica del medico specializzando.

Resta fermo per il passaggio al ruolo dirigenziale, oltre al possesso della specializzazione, anche il superamento del regolare concorso.

SPECIALIZZAZIONI

L'ultimo biennio si fa nelle strutture del Ssn

Le regole per accedere al biennio conclusivo delle scuole di specializzazione medica le stabilirà un accordo Stato-Regioni su proposta dei ministri di Salute e Università, di concerto con l'Economia. E questo tipo di formazione avverrà all'interno delle aziende del Servizio sanitario nazionale, anche se la valutazione finale del medico in formazione specialistica resta di competenza della scuola di specializzazione.

L'inserimento dei medici in formazione specialistica nelle aziende del Ssn serve «alla graduale assunzione delle responsabilità assistenziali», sempre in base agli obiettivi definiti dall'ordinamento didattico del corso di specializzazione.

L'accordo dovrà disciplinare anche

la partecipazione del medico alle attività ordinarie delle unità operative a cui sarà assegnato e le modalità per consentire l'applicazione delle nuove disposizioni anche ai medici che già sono in formazione al momento della sua stipula.

Per realizzare tutto questo risorse e procedure dovranno restare però quelle previste dalla legislazione vigente «senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica».

L'inserimento dei medici specializzandi nei percorsi assistenziali delle strutture del Ssn che costituiscono la rete formativa non dà diritto all'assunzione presso la struttura di assegnazione o altre strutture del Ssn e nemmeno a equiparazioni giuridiche o economiche con il personale dipendente.

Strada aperta all'integrazione per il personale

Una vera e propria rivoluzione per il personale dipendente del Ssn - per quello in particolare laureato, medici in testa - è scritta nel Patto per la salute (nella versione approvata a livello tecnico). Una rivoluzione necessaria alla nuova organizzazione dei servizi regionali e in particolare alla riorganizzazione della rete ospedaliera, ai servizi territoriali e alla loro integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze. Una «integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e dei processi di riorganizzazione dei servizi», la definisce il Patto. Naturalmente senza «oneri a carico della finanza pubblica».

Per questo il testo prevede fin dalle premesse di avviare con le

Regioni un'azione per «determinare il fabbisogno dei professionisti sanitari a livello nazionale e territoriale, introducendo standard di personale per livello di assistenza, anche attraverso la valorizzazione delle iniziative promosse a livello comunitario». Previsioni da cui non poteva mancare - visto che si parla di fabbisogno - il riferimento ai precari, per i quali il testo indica la necessità di attuare le previsioni della legge 125/2013 (il Dl precari, appunto), naturalmente secondo ciò che sarà scritto nel Dpcm che la stessa legge prevede e che riguarda in particolare i criteri da seguire proprio per la sanità. Una misura indispensabile, secondo le Regioni, anche per «assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza delle cure».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Studio di StageUp Consulting sullo sviluppo del mercato informatico per la salute fino al 2022

E-health da 44 mln in 8 anni

La prima area di investimento sarà l'assistenza in remoto per gli anziani

TECNOLOGIE

Telecontrollo, telemedicina, wellness tracking, auto check-up e stampa 3D biomedicale. Sono questi i settori-traino del mercato dell'e-Health italiano che, nel complesso di risorse, soluzioni e tecnologie informatiche applicate alla salute e alla sanità, attirerà investimenti, nel periodo 2013-2022, per 46 miliardi di euro, pari al 3,3% del Pil italiano, con una crescita media di 6 miliardi annui nei prossimi 8 anni.

Il dato è emerso da uno studio condotto da UpCare, la divisione di StageUp Consulting, proprietaria della omonima soluzione di telecontrollo e telemedicina per anziani e soggetti fragili.

Secondo l'indagine, il telecontrollo per l'assistenza in remoto di persone anziane e fragili, sarà la prima area di investimento con 12 miliardi di euro, il 27% sul totale.

La telemedicina, cioè l'insieme di tecniche mediche e informatiche che permettono l'erogazione di servizi sanitari per la cura di un paziente a distanza, si attesterà al secondo posto con investimenti per almeno 11 miliardi (23%). Al terzo si

collocherebbe invece il «wellness tracking», che comprende strumenti e software per il monitoraggio delle attività fisiche e di allenamento, e che vedrà almeno 9 miliardi di investimenti (20%). Al quarto posto l'auto check-up, ovvero l'insieme di apparecchi e soluzioni per il monitoraggio della propria salute in modo autonomo senza il supporto medico, che dovrebbe rappresentare un mercato da almeno 8 miliardi (16%). A chiudere la classifica è la stampa 3D biomedicale, costituita dalla riproduzione di organi umani per i trapianti, che inciderà per il 14% del mercato con almeno 6 miliardi.

«Telecontrollo e telemedicina sono espressione delle nuove tecniche informatiche dell'Internet of things e miglioreranno la vita delle persone» sottolinea il presidente di StageUp, **Giovanni Palazzi**. «In questa prospettiva - conclude - è stato realizzato UpCare, che permette di ridurre significativamente i costi sostenuti per l'erogazione dei servizi, con riduzioni dell'8% per l'assistenza socio-sanitaria, del 50% per le conseguenze derivanti da cadute, del 56% per ricoveri e del 63% per visite ambulatoriali».

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le previsioni per l'Italia

Ambito di sviluppo	Miliardi	%
Telecontrollo	12-17	27
Telemedicina	11-14	23
Wellness tracking	9-12	20
Auto-Check up	8-10	16
Stampa 3D per il biomedicale	6-9	14

Fonte: Stima StageUp su dati Cisco e Frost&Sullivan - giugno 2014



quotidianosanita.it

Lunedì 30 GIUGNO 2014

Ocse: le "Health Statistics 2014". Continua calo della spesa sanitaria italiana. Spendiamo 275 dollari a testa in meno degli altri Paesi

Il dato è calcolato a parità di potere d'acquisto e ci pone al di sotto di Usa e di molti Paesi europei, come Olanda, Francia, Svizzera e Germania. L'Ocse ha appena diffuso le sue "Health Statistics 2014" con i dati di riferimento finali relativi all'anno 2012. Aspettativa di vita molto alta (meglio di noi solo Giappone, Islanda, Svizzera e Spagna) e ottimi dati sulla mortalità per cuore e cancro. [I DATI DELL'ITALIA](#). [I DATI GENERALI](#)

In Italia, la spesa sanitaria rappresentava il 9.2% del PIL nel 2012, una percentuale molto vicina alla media dei paesi OCSE (9.3%). La quota di PIL rappresentata dalla spesa sanitaria in Italia rimane tuttavia assai inferiore a quella degli Stati Uniti (che ha speso il 17.7% del PIL per la sanità nel 2012) come pure a quella di altri paesi europei come i Paesi Bassi (11.8%), la Francia (11.6%), la Svizzera (11.4%) e la Germania (11.3%).

In valori di spesa pro capite in dollari americani a parità di potere d'acquisto, l'Italia fa registrare una spesa di 3.209 US\$, a fronte di una media OCSE di 3.484 US\$.

Il settore pubblico è la principale fonte di finanziamento della sanità in quasi tutti i paesi dell'OCSE. In Italia, il 77% della spesa sanitaria è stato finanziato da fonti pubbliche nel 2012, un tasso superiore alla media OCSE (72%).

Come in molti altri paesi europei, la spesa sanitaria in Italia è diminuita negli ultimi anni, a seguito degli sforzi del governo per ridurre i disavanzi di bilancio nel contesto della crisi economica. Stime preliminari suggeriscono che queste riduzioni della spesa sanitaria hanno continuato a un tasso pari a -3% in termini reali nel 2013.

Spesa farmaceutica in calo

In molti paesi OCSE, tra cui l'Italia, una riduzione della spesa farmaceutica ha contribuito alla riduzione complessiva della spesa sanitaria. In Italia, anche se i valori procapite in dollari PPP restano più elevati della media OCSE (514 US\$, contro una media di 498 US\$), la spesa farmaceutica è diminuita ogni anno dal 2009, con una riduzione di oltre il 6% in termini reali nel 2012. Tra il 2008 e il 2012, la spesa per i farmaci è scesa del 14% in termini reali. La riduzione di spesa – sottolinea l'OCSE - è probabilmente dovuta, in parte, al contenimento dei tetti di spesa a livello regionale. Altre possibili cause sono la riduzione dei margini per grossisti e farmacie e il taglio dei prezzi dei farmaci generici sulla base di un sistema di prezzi di riferimento. La quota di mercato dei farmaci generici in Italia è aumentata negli ultimi anni (dal 6% del 2008 al 9% nel 2012), ma rimane molto inferiore a quelle osservate altri paesi OCSE.

Numero medici, infermieri e posti letto

Con 3.9 medici ogni mille abitanti l'Italia si colloca sopra la media OCSE di 3.2 medici, al contrario risulta sotto la media sia per il numero di infermieri, 6.4 ogni mille abitanti, contro gli 8.8 della media

OCSE, che per il numero di posti letto in ospedale per acuti dove ci attestiamo su una media di 3.4 per mille abitanti contro i 4.8 della media OCSE. Quest'ultimo dato mostra in particolare una netta diminuzione dei posti letto italiani che solo 12 anni fa erano 4.7 ogni mille abitanti.

Aspettativa di vita e mortalità

L'Italia mantiene altissimi livelli di aspettativa di vita con 82.3 anni (donne 84.8 e uomini 79.8), al di sopra della media OCSE che è di 80.2 (77.5 per gli uomini e 82.8 per le donne).

Solo il Giappone, l'Islanda, la Svizzera e la Spagna hanno registrato una speranza di vita superiore a quella dell'Italia nel 2012.

Per la mortalità delle due principali cause di morte, cardiovascolari e cancro, l'Italia si colloca in ambedue i casi al di sotto della media OCSE con tassi di mortalità di 256 morti ogni 100.000 abitanti per le malattie cardiovascolari (media OCSE 296.4) e di 216.4 morti ogni 1100.000 abitanti per il cancro (media OCSE 213.1).

Fumo, alcol e obesità

Siamo invece sopra la media per consumo di tabacco tra gli adulti con una percentuale di fumatori regolari pari al 22.1% della popolazione (media OCSE 21), sotto la media per l'alcol con 6.1 litri di consumo pro capite (media OCSE 9.0).

Nella lotta al fumo spiccano i successi di alcuni paesi nordici (Svezia, Norvegia, Islanda), degli Stati Uniti e dell'Australia che hanno ridotto la percentuale di fumatori tra gli adulti a meno del 16%.

L'obesità tra gli adulti è aumentata in misura molto modesta in Italia negli ultimi dieci anni, rispetto ad altri paesi OCSE. La percentuale di obesi, calcolata in base ai dati di altezza e di peso auto-riferiti, è aumentata da 8.6% nel 2000 a 10.4% nel 2012. L'aumento della prevalenza dell'obesità lascia prevedere un aumento di patologie croniche quali il diabete e le malattie cardiovascolari, con ripercussioni importanti sulla spesa sanitaria futura.

> **NOI & VOI**

GUGLIELMO PEPE

Patto per la salute senza i malati

Sapete cos'è il Patto per la salute? È un documento di programma della Sanità pubblica. Prima discusso dai ministeri della Salute, dell'Economia e dalle Regioni, viene poi approvato dalla Conferenza Stato-Regioni. Adesso c'è già l'accordo per il «budget» del Fondo sanitario: 109 miliardi di euro per l'anno in corso, 112 sul prossimo e 115 per il 2016. E dal ministro ai «governatori», tutti vogliono la sostenibilità economica del sistema. Nessuno però tiene conto della situazione insostenibile di molte famiglie, costrette a pagare di tasca propria (27 miliardi la spesa privata nel 2013) i servizi che il Ssn non fornisce più in tempi umanamente accettabili. Perciò discutere e decidere di un nuovo Patto per la salute senza coinvolgere gli assistiti è un metodo vecchio. Che risponde solo a logiche «mercantili». Ma al centro della Sanità ci sono i cittadini. O sbaglio?

guglielmpepe@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Se l'ospedale prescrive a una paziente un farmaco (carissimo) che poi non dà

Caro direttore, mia moglie è affetta da adenocarcinoma del polmone ed è in cura presso il reparto oncologico dell'ospedale Sant'Andrea di Roma. In una relazione di nove pagine, a firma del primario del reparto, si afferma che «stante le attuali condizioni cliniche della paziente l'unica opzione terapeutica idonea è rappresentata dall'utilizzo del farmaco Crizotinib 250 mg». Il farmaco, del costo di 5.900 euro a scatola, pur essendo essenziale alla sopravvivenza di mia moglie, non è stato tuttavia

dispensato dall'ospedale, e nemmeno dal servizio farmaceutico della Asl di appartenenza perché ancora in fase di sperimentazione per il tumore di mia moglie, anche se già somministrato per altre forme tumorali. Insomma, si tratterebbe di impiegarlo *offlabel*, come peraltro previsto da un decreto legge passato in Senato lo scorso 14 maggio. Non a caso, a seguito della richiesta di prescrizione del Crizotinib, l'Asl comunica che «non rientra nelle competenze o nella discrezionalità del direttore del Dipartimento Farmaceutico erogare farmaci per indicazioni diverse da quelle previste dalle specifiche normative[...]». La richiesta, consegnata a mano il 29 aprile scorso, ha avuto risposta

solo il 21 di maggio. Ora, in una paziente neoplastica è essenziale che la cura prescritta venga effettuata nel più breve lasso di tempo possibile e già venti giorni di attesa per ricevere una risposta sono inaccettabili. Che si tratti di interpretazioni erronee di norme, o di inadeguatezza delle stesse a preservare la vita di un paziente, certo è che privi di cure si muore, male. A parere di chi scrive, in caso di reati compiuti a danno del Servizio sanitario nazionale e dei suoi utenti, con atti, omissioni e valutazioni arbitrarie, andrebbe contestato il reato di tentato omicidio, con l'aggravante della crudeltà.

**Gaetano Minasi
Ladispoli (Roma)**

La denuncia contenuta nella sua lettera, gentile signor Minasi, è davvero impressionante. Prendo per buono ciò che mi scrive, anche perché posso testimoniare di aver assistito, qualche anno fa, a qualcosa di simile sulla pelle di una persona cara colpita da un altro tipo di malattia oncologica (dico "simile" perché in quel caso, dopo qualche resistenza e un palleggio di competenze tra due diverse strutture sanitarie, il farmaco alla fine venne assicurato). Capisco anche la ragione dei toni molto duri e forti a cui fa ricorso. È difficile, infatti, non essere colpiti e non restare sconcertati dalla vicenda che purtroppo sua moglie sta vivendo. Sembra impossibile che in Italia, oggi, un primario

ospedaliero dichiari indispensabile e prescriva un farmaco che però né il suo ospedale, quello dove la paziente è in cura, né l'Asl competente intendono dispensare. Tutte secondo le regole? Pare di sì. La mia collega Viviana Daloiso ha verificato che il farmaco di cui stiamo parlando è ancora oggetto di studi sperimentali e, dunque, i singoli istituti di cura possono decidere se garantirne o meno la somministrazione. Ma credo proprio che non sia così strampalato chiedere alle nostre strutture sanitarie di mettersi d'accordo con se stesse – non attuando pratiche contrastanti con la valutazione medica sulla miglior cura possibile – e di rispettare, anche così, i malati. Mi auguro, con lei e con sua moglie, che questa storia abbia un esito positivo. E lo auguro a tutti coloro che si ritrovano – so bene che non sono pochi – in condizioni paragonabili a quella che la sua famiglia sta sperimentando.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“Scelta secondo le regole vigenti. Ma va chiesto alle strutture sanitarie di mettersi d'accordo con se stesse e di rispettare, anche così, i malati”

il direttore risponde

di Marco Tarquinio



Pro Stamina a Roma: "Il ministro non ci riceve"

I MANIFESTANTI pro Stamina hanno portato una ventina di bare, con sopra i nomi dei pazienti deceduti senza poter accedere alle infusioni preparate con il metodo Stamina, sotto il ministero della Salute a Roma. La manifestazione, chiamata "Il cimitero della salute", è stata promossa dall'associazione "Civico 117a", per protestare "contro l'im-

mobilità del ministro Beatrice Lorenzin nei confronti dei malati". Il portavoce Luca Mastrantonio ha denunciato che il ministro "prima ci ha detto che avrebbe ricevuto una delegazione di pazienti, poi è andata via dal ministero senza farlo". Tra i manifestanti pro Stamina erano presenti anche i fratelli Biviano, da 11 mesi in presidio fisso davanti a

Montecitorio per difendere la libertà di cura anche col metodo Stamina. I manifestanti erano una cinquantina e hanno bloccato le strade della Capitale nella zona del Pantheon, due di loro sono stati bloccati dalle forze dell'ordine. "Quante altre vite volete avere sulla vostra coscienza. Ammesso che ne abbiate una" e "Curarsi è un diritto" erano gli slogan sugli striscioni del corteo.



FECONDAZIONE: FARMACI PER FERTILITÀ NON AUMENTANO RISCHIO TUMORI FEMMINILI



Monaco di Baviera, 30 giu. (AdnKronos Salute) - Una buona notizia per le donne ricorse alla fecondazione assistita per realizzare il desiderio di avere un figlio. I farmaci per la fertilità non aumentano il rischio di tumori del seno o delle ovaie, temuta conseguenza dei trattamenti ormonali utilizzati per la stimolazione ovarica. E' la "rassicurante" conclusione di uno studio americano presentato al Congresso Eshre 2014 (Società europea di riproduzione umana ed embriologia), in corso a Monaco di Baviera. La ricerca, in parte finanziata dai National Institutes of Health e condotta dall'Università dell'Illinois a Chicago e dall'Us National Cancer Institute, ha analizzato più di 12 mila donne trattate per infertilità fra il 1965 e il 1988 in 5 centri americani. Dopo 30 anni in 9.892 pazienti è stata verificata l'eventuale insorgenza di tumori: sono stati identificati 749 casi di cancro al seno, 119 all'endometrio, 85 alle ovaie. Secondo gli autori dello studio, i farmaci utilizzati per aumentare le chance di concepimento e gravidanza non sono associati a un aumento del rischio di questi tumori femminili. In particolare, le gonadotropine, i più utilizzati attualmente per la stimolazione ovarica, non risultano favorire l'insorgenza del cancro, come si temeva, fatta eccezione per un piccolo gruppo di donne che però non ha avuto figli dopo il trattamento. I farmaci per la fertilità aumentano i livelli degli ormoni femminili, estradiolo e progesterone, entrambi implicati nella genesi del tumore del seno, dell'ovaio e dell'utero. Da qui "la plausibilità biologica - spiega Humberto Scoccia dell'Università dell'Illinois, uno dei coordinatori della ricerca - del legame fra questi trattamenti e il rischio di neoplasia. Ma nonostante questa plausibilità, i risultati ottenuti non supportano un legame significativo fra utilizzo dei farmaci per la fertilità e tumori femminili. Il quadro che emerge è piuttosto variegato, con alcune sostanze che mostrano un qualche aumento del rischio, altre che lo riducono e altre ancora che non hanno alcun legame causa-effetto, e molte questioni rimangono irrisolte, ma - sottolinea - si tratta di risultati rassicuranti".

"Entro fine anno i primi bambini da utero trapiantato"

Una donna su 500 soffre nel mondo di infertilità uterina assoluta. Primi trapianti su alcune pazienti all'ospedale universitario Sahlgrenska di Göteborg. Ad alcune donne sono stati poi trasferiti gli embrioni



MONACO - La nuova - e ancora pionieristica - frontiera per le donne con la cosiddetta infertilità uterina assoluta (Aufi, absolute uterine infertility) potrebbe essere il trapianto di utero. Nell'affollata sessione plenaria di stamattina all'Eshre, il trentesimo congresso annuale della società europea di riproduzione umana ed embriologia in corso a Monaco fino a mercoledì prossimo, Mats Brännström, dell'ospedale universitario [Sahlgrenska di Göteborg](#), in Svezia, quindici anni spesi nello studio del trapianto dell'utero, ha riassunto davanti ai ricercatori di tutto il mondo il traguardo raggiunto dal suo folto gruppo.

E il punto è che - tra fine 2014 e inizio 2015 - potrebbero esserci [i primi bambini nati dopo un trapianto di utero](#). Non ha toni trionfalistici, Brännström, anzi invita alla prudenza e alla cautela. Non si tratta di un intervento semplice, né per la ricevente né per la donatrice (la mamma nella maggior parte dei suoi nove casi), ci sono ancora problemi legati all'immunosoppressione, due uteri sui nove trapiantati sono stati rimossi. Non si tratta - insomma - di un punto di arrivo ma di una promettente base da cui partire. E se si pensa che, secondo le stime, una donna su 500 soffre nel mondo di infertilità uterina assoluta, più di 150.000 soltanto in Europa, è evidente che l'interesse per la ricerca è altissimo.

I casi svedesi sono quasi tutti di pazienti nate senza utero, patologia conosciuta come sindrome MRKH, ma l'ipotesi del trapianto, secondo Brännström, può riguardare anche le donne in età fertile sottoposte a isterectomia per vari motivi (cancro, miomi, emergenza in corso di parto) o quelle che hanno un utero malfunzionante (malformazioni uterine, miomi, sindrome di Ashermans).

Prime sperimentazioni sui topi. I casi del gruppo svedese non sono i primi: nel 2000 c'era stato il primo in Arabia Saudita, nel 2011 un altro in Turchia. Nessuno di questi, però, era stato preceduto da una ricerca specifica né da sperimentazioni su modelli animali. Nel 1999, invece, Brännström comincia a

lavorare con i topi dopo il caso di Angela, una australiana di 27 anni di Adelaide alla quale era stato tolto l'utero - ma non le ovaie - dopo un cancro alla cervice e che aveva chiesto di poter ricevere l'utero della madre.

Le pazienti. Dopo i topi, Brännström passa ai maiali, alle pecore e infine ai babbuini, la cui fisiologia è simile a quella umana. Ultimo gradino, le nove donne i cui risultati presenta oggi a Monaco, la più grande esperienza al mondo. raccontandone l'iter: dopo l'approvazione del comitato etico dell'ospedale, e con fondi interamente privati, il gruppo svedese ha sottoposto prime le pazienti a fertilizzazione in vitro e congelamento degli embrioni, e poi al trapianto. Intervento molto lungo per il prelievo - da 10 a 13 ore contro i circa 45 minuti di una isterectomia tradizionale - sei giorni di ospedalizzazione per la donatrice, sana, scelta tra madre e sorella della paziente, con gravidanze precedenti normali e Bmi (indice di massa corporea) minore di 28. Tutte quante, donatrici e riceventi, e anche i loro partner, sono state sottoposte ad analisi specifiche per un anno intero prima dell'intervento.

I primi risultati. Ed ecco i risultati sui suoi nove casi, donne tra 27 e 38 anni, non fumatrici, in salute e con Bmi tra 21 e 25: mestruazioni regolari in sette casi dal secondo mese dall'impianto, due uteri rimossi per complicanze, uno per una trombosi bilaterale a tre giorni dall'intervento, l'altro, dopo tre mesi e mezzo per una infezione resistente agli antibiotici. Una complicanza anche per una delle donatrici, con una fistola uretero-vaginale a dieci giorni dall'operazione.

Aspettando i primi bambini.

Ad alcune delle sette donne sono stati poi trasferiti gli embrioni, le gravidanze sono ancora in corso. "Siamo in attesa febbrile della nascita di un bimbo sano - ha concluso Brännström - se avremo successo continueremo con altri studi, in caso contrario torneremo ai modelli animali. Se andrà bene, potremo anche pensare a modalità meno invasive di intervento, magari con la robotica. Ma adesso è davvero troppo presto per parlarne".

Salute Oltre la metà dei medicinali per bambini sono testati su uomini. «Non serve dividerli in due»

Test sui bimbi per le cure pediatriche

Dilemma tra etica e sperimentazione

Campagna dell'Agenzia del farmaco con i volti dei piccoli in primo piano
«Rischioso usare le medicine per adulti»

«Voglio farmaci adatti a me. Sperimentazione? Ok». Una bambina che sembra giocare al piccolo dottore lancia il suo appello da manifesti affissi nelle nostre città o dagli spazi dedicati alla pubblicità su tram e autobus. Presto da giornali, radio e tv. È la campagna di comunicazione sull'impiego dei farmaci in età pediatrica dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa). Ma spesso chi la guarda ha una reazione avversa: «Ma come? Sperimentare sui bambini?». Una foto del manifesto e una mail al giornale con l'angosciosa domanda. Intento raggiunto in quanto a creare attenzione, ma forse occorre entrare nel merito del perché? Dietro c'è un progetto: diffondere informazioni «certificate e corrette sull'impiego dei farmaci», «orientare le scelte prescrittive all'insegna dell'appropriatezza». Problema internazionale. Spiega Luca Pani, il neuroscienziato che dirige l'Aifa: «Vogliamo sensibilizzare la popolazione a un uso responsabile e consapevole dei farmaci in pediatria». Vero. Lo chiedono anche le Società scientifiche.

Mancanza di dati

In effetti, in mancanza di dati di studi clinici specifici, vengono impiegati nei bambini medicinali autorizzati per l'età adulta, ma a dosaggi inferiori. In pratica il bambino diventa un piccolo adulto. «Ma ciò espone a rischi — intervengono Pani —. Non tutti i medicinali utilizzati in ambito pediatrico, infatti, hanno la stessa identica risposta in lattanti, bambini e adolescenti, a causa delle differenze di metabolismo e assorbimento degli stessi nei diversi processi di crescita». Ed ecco che studi clinici dovrebbero proprio riguardare la somministrazione, la scelta dei principi attivi, i rispettivi dosaggi. Tutto da valutare in base alle diverse età dei giovani pazienti. Eppure c'è un dilemma etico che aleggia su questi temi: è giusto sperimentare sui

bambini? In passato, negli Stati Uniti erano talmente rigide le regole in quest'ambito che spesso le poche sperimentazioni cliniche sui più piccoli sono state poi effettuate su popolazioni di Paesi meno garantisti. Oggi, però, si è compresa l'importanza di effettuare test controllati prima per evitare rischi maggiori dopo.

Il dibattito

I problemi su cui riflettere, aprire un dibattito, accendere l'attenzione dei genitori, dei nonni, delle tate, ma anche dei medici, sono molti ma così sintetizzabili:

1. Oltre il 50% dei farmaci utilizzati in età pediatrica è testato solo sugli adulti.

2. L'uso «off label» (fuori della sperimentazione effettuata e per cui il prodotto è stato approvato e autorizzato) negli under 18 è una regola e pone rischi legati alle differenze di metabolismo e assorbimento dei farmaci.

3. Tra 0 e 18 anni la presenza di tre diverse sottopopolazioni (neonati, bambini e adolescenti) da indagare rendono le sperimentazioni cliniche poco attrattive per il mercato (e anche costose per le aziende farmaceutiche: pensate solo alle assicurazioni di garanzia per bambini, donne, in particolare durante la gravidanza).

4. Il «pregiudizio etico» di sottoporre i piccoli ai trial clinici (ecco la reazione choc manifestata alla vista dei manifesti).

5. Informare e sensibilizzare medici e cittadini sull'importanza di segnalare gli effetti dei farmaci somministrati in età pediatrica.

Un passo indietro: la maggior parte dei farmaci (un tempo tutti) sono oggi sperimentati su giovani maschi adulti e il dosaggio è calcolato per un uomo medio di 70-72 chili.

I messaggi

Ma come divulgare queste infor-

mazioni? Ecco l'idea della campagna di comunicazione di massa. Con quali messaggi da trasmettere? Pani riflette e indica i principali: «Che il bambino non è un piccolo adulto è un concetto importante da diffondere, in grado di evidenziare la specificità del soggetto pediatrico rispetto all'adulto nella risposta al trattamento farmacologico. E che si commettono molti errori durante la somministrazione di medicinali ai bambini. Per esempio, la riduzione delle dosi di un medicinale comunemente utilizzato per adulti arbitrariamente ritarate in base al peso corporeo e all'età del bambino. Che si devono evitare il fai da te, il passaparola, il ricorso a fonti web. Che ciascun farmaco deve essere somministrato dietro opportuno consulto e controllo del medico». L'Aifa, inoltre, vuole richiamare l'attenzione su una corretta lettura del foglio illustrativo.

I pediatri

Che cosa dicono i pediatri, i medici dei bambini? Tutto scritto in un regolamento approvato cinque anni fa a livello europeo, a partire dall'Agenzia regolatoria dei farmaci in Europa (Ema) e dalla stessa Commissione Ue. «Urge la sperimentazione clinica dei farmaci sui bambini, così suddivisi: lattanti, bambini, adolescenti. Le tre fasi di sviluppo, con cambiamenti radicali nell'organismo, tra gli zero e i 18 anni». Il rischio è danneggiare invece di curare. A cinque anni dall'introduzione del regolamento, l'Ema e la Commissione tirano le somme: «Minimo anche l'aumento delle sperimentazioni cliniche sui bambini, che dal 2005 al 2011 cresce solo del 2,3%». L'Aifa, da parte sua, rende noto che dal primo luglio 2012 ad oggi sono state 4.700 le segnalazioni di sospette reazioni avverse ai farmaci in età pediatrica: il 6,3% del totale delle segnalazioni.

I dosaggi

È si torna ai test clinici e ai dosaggi. Guai a prendere una pillola per adulti, dividerla e somministrarla a un bambino. Lo fanno sia i familiari sia — raramente, ma lo fanno — i medici. Il dilemma etico sulla sperimentazione si scontra con quello dei rischi che corrono i piccoli a causa di una «faciloneria» scientifica su di loro applicata. Lo stesso discorso vale per le donne

(la farmacologia di genere è ancora utopia), che non a caso segnano un record di segnalazioni avverse in farmacovigilanza. Donne che, in gravidanza, quasi non possono prendere nulla. La strategia adottata è quella del «meglio vietare che sperimentare prima». Dice Pani: «Negli anni '60 la scoperta degli effetti teratogeni (mutazioni genetiche nel feto tali da far nascere numerosi bambini focomelici, ndr) del

talidomide portò alla nascita della farmacovigilanza e delle moderne agenzie regolatorie nel campo dei nuovi medicinali. Oggi, però, si devono curare mamme e bambini alla luce delle migliori evidenze disponibili». C'è una nuova cultura da creare: garantire a donne e bambini cure «disegnate su misura» per loro. E' possibile, va fatto.

Mario Pappagallo

@Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I problemi

delle segnalazioni. Riguardano, in prevalenza, farmaci antifettivi, per il sistema nervoso, per il metabolismo e antitumorali

Il direttore generale

Luca Pani: «Vogliamo sensibilizzare a un uso responsabile e consapevole delle cure in pediatria»

I test

Oltre il 50% dei farmaci utilizzati in età pediatrica è testato solo sugli adulti. L'uso «off label» negli under 18 è diffuso e pone dei problemi legati alle differenze di metabolismo e assorbimento dei farmaci

Lattanti

Tra zero e 18 anni esistono tre diverse sottopopolazioni (neonati, bambini e adolescenti) da indagare per metabolismo e dosaggi

Etica

L'altra faccia della medaglia è il «pregiudizio etico», peraltro giustificabile, nel sottoporre i bambini ai test clinici

Reazioni

Dal primo luglio 2012 a oggi sono 4.700 le segnalazioni di sospette reazioni avverse ai farmaci in età pediatrica: il 6,3% del totale



Manifesto

Il volto di una bimba sorridente e sotto l'invito alla sperimentazione dei farmaci sui bimbi: uno dei cartelloni esposti in Piazza Cinque Giornate a Milano



Stati Uniti

PERSAPERNE DI PIÙ
 www.nytimes.com
 www.lemonde.fr

Anticoncezionali, schiaffo a Obama

L'Alta Corte: "Se il datore di lavoro è contrario per motivi religiosi niente assicurazione su contraccettivi e aborti" Vittoria dei repubblicani, ma i democratici lanciano l'allarme: "Conseguenze gravi per la salute delle donne"

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
FEDERICO RAMPINI

NEW YORK. La destra religiosa esulta, la riforma sanitaria di Barack Obama "perde un pezzo" su decisione della Corte suprema. I giudici costituzionali, con un voto a strettissima maggioranza dove ha prevalso la componente repubblicana, hanno deciso che l'obbligo di assicurazione sanitaria non deve includere l'interruzione di gravidanza e i sistemi contraccettivi — compresa la "pillola del giorno dopo" — se il datore di lavoro è contrario per i suoi principi religiosi. Si apre così una nuova breccia nel principio dell'assistenza medica universale e obbligatoria. Già l'Amministrazione Obama aveva dovuto esentare dagli obblighi della nuova legge le istituzioni propriamente religiose: una scuola cattolica, per esempio, può rifiutare alle proprie insegnanti un'assicurazione sanitaria che prevede il rimborso delle spese per un aborto.

Ma con la sentenza di ieri la

Corte spinge questo principio molto più in là. Qualsiasi azienda, anche se è un'impresa privata a scopo di profitto, può invocare i principi religiosi dei suoi proprietari e far scattare l'obiezione di coscienza. È un regalo ai fondamentalisti cristiani che formano una colonna portante della base repubblicana, ed hanno dichiarato guerra a Obamacare, come viene chiamata la riforma che ha esteso l'assistenza medica a 37 milioni di cittadini che ne erano sprovvisti. Potranno approfittare di questa obiezione di coscienza tutti quegli imprenditori di destra, sul modello dei fratelli Koch, che finanziano il Tea Party e i suoi assalti alla sanità del presidente Barack Obama.

Non a caso il voto della Corte suprema è avvenuto secondo una stretta disciplina di partito: i cinque giudici repubblicani contro i quattro di nomina democratica. A scrivere il dispositivo della sentenza è stato il conservatore Samuel Alito. Nel suo testo afferma che obbligare un'azienda a pagare polizze sa-

nitare che includano il rimborso dei metodi contraccettivi «impono un peso sostanziale sulla libertà religiosa di queste imprese».

La contro-motivazione per la minoranza democratica è stata scritta dalla giudice Ruth Bader Ginsburg, che ha difeso Obamacare definendo «vitale per la salute delle donne e la libertà riproduttiva, che l'assistenza medica offra anche la contraccezione». La Ginsburg ha ammonito sulle «conseguenze ben più vaste» che può avere questa sentenza. Ha denunciato una giurisprudenza conservatrice che «allarga alle aziende la nozione dei diritti individuali».

Il riferimento è ad un'altra sentenza, Citizen United del 2010, che ha esteso alle imprese la piena tutela del Primo Emendamento (libertà di espressione), al punto da spazzare via qualsiasi limite ai finanziamenti elettorali da parte dei grandi gruppi capitalistici. Ora la giudice Ginsburg, esprimendo la preoccupazione dei suoi colleghi della minoranza de-

mocratica, paventa un futuro in cui le imprese Usa potranno «chiedere l'esenzione da qualsiasi legge che considerino contra-

ria a principi religiosi».

Il ricorso contro Obamacare che è arrivato fino alla Corte suprema è stato promosso da due aziende: Hobby Lobby, una catena di negozi di prodotti artigianali; e Conestoga Wood Specialties, un mobilificio industriale. Si stima che per effetto dello stillicidio di esenzioni, un terzo delle lavoratrici dipendenti americane non abbia diritto al rimborso delle spese mediche per l'interruzione di gravidanza.

Sommando le istituzioni religiose e tutta la galassia delle non-profit a loro collegate, più le piccole imprese familiari che già godevano dell'esenzione, più l'impatto dell'ultima sentenza, di fatto si assiste ad uno svuotamento di quel diritto all'interruzione di gravidanza che la stessa Corte suprema aveva sancito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SAMUEL ALITO
 GIUDICE COSTITUZIONALE

Obbligare a pagare polizze che includano la contraccezione grava pesantemente sulle scelte di fede

IN CRISI LA RIFORMA SANITARIA DI OBAMA LIMITATA ANCHE PER MOTIVI RELIGIOSI



Mette un cuneo molto rischioso nella riforma sanitaria di Barack Obama e non solo, la sentenza con cui la Corte Suprema degli Stati Uniti ha riconosciuto ieri il diritto di alcune aziende a conduzione familiare di rifiutare certe coperture ai propri dipendenti, adducendo motivi religiosi.

Con una decisione a maggioranza per 5-4, che fotografa ancora una volta la spaccatura tra conservatori e progressisti, la massima magistratura americana ha accolto le obiezioni di tre società non quotate in Borsa, i cui proprietari hanno contestato l'obbligo imposto dalla legge di coprire prestazioni contraccettive come la pillola del giorno dopo, che essi equiparano all'aborto.

Per quanto limitata negli effetti pratici, visto che non sono molte negli Usa le aziende che ispirano la loro gestione a uno stretto rispetto dei principi biblici, la sentenza apre il varco ad altre eccezioni di costituzionalità verso determinate prescrizioni della riforma. Di più, a condizione di dimostrarne il fondamento, qualunque corporation potrebbe teoricamente lamentare una limita-

zione della propria libertà di religione derivante dall'applicazione di altre leggi.

Restando sul piano della sanità, la controversia ha implicazioni politiche enormi per l'efficacia e il futuro stesso della riforma, che a quattro anni dall'approvazione non riesce ad andare a pieno regime, sia per le sue molte contraddizioni, sia per la guerriglia condotta dal fronte conservatore, al Congresso e nelle corti. «In che modo una *corporation* fa pratica religiosa?», ha chiesto la *justice* Sonia Sotomayor nella discussione orale, riassumendo l'argomento dell'opinione di minoranza, contraria a riconoscere a una società le stesse prerogative di una persona. «Questa è una questione religiosa e morale», ha ribadito il giudice Samuel Alito, che ha redatto il parere di maggioranza, aggiungendo che il principio federale della libertà di religione deve applicarsi anche a quelle società fondate sul profitto, ma controllate da famiglie con provate convinzioni religiose.

Paolo Valentino

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Grazie a un test genetico si rivela il rischio di ipertensione

Diagnosi precoce e di rischio per trattamenti personalizzati al fine di controllare il rischio di ipertensione. Al Centro Diagnostico Italiano di Milano è disponibile il primo test in Italia che attraverso l'analisi del DNA rileva il rischio genetico di sviluppare ipertensione ed è in grado di individuare, paziente per paziente, la terapia personalizzata più efficace



Novità dai test genetici per prevenire e controllare le malattie: c'è un nuovo test messo a disposizione dei pazienti dal Centro Diagnostico Italiano di Milano. Primo in Italia, è un test sul DNA in grado di **rivelare il rischio di soffrire, nel corso della vita, di pressione arteriosa troppo alta**. Grazie a questo esame è anche possibile identificare quali farmaci contro l'ipertensione risultano più efficaci per il singolo paziente.

Secondo le stime, in Italia il 33% degli uomini e il 31% delle donne soffrono di ipertensione – una cifra già piuttosto alta, che pare destinata ad aumentare. Questo nuovo test è uno strumento fondamentale per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, tenuto conto che proprio l'ipertensione arteriosa è **uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di complicanze cardiovascolari e cerebrovascolari gravi** come infarto miocardico, ictus cerebrale, scompenso cardiaco.

«Il test è l'applicazione clinica delle più recenti ricerche sul genoma che hanno individuato un ampio numero di geni le cui varianti determinano un aumentato rischio di sviluppare ipertensione arteriosa e di altri geni, legati ai meccanismi fisiologici di regolazione pressoria, che **possono indirizzare a una terapia mirata e personalizzata** – Sottolinea Vittorio Grazioli, direttore del Laboratorio del Centro Diagnostico Italiano – Si tratta di una cura quindi più efficace, nei casi in cui l'ipertensione sia già presente. In particolare, questo nuovo strumento di diagnosi è indicato per i pazienti che hanno una storia familiare positiva per ipertensione arteriosa o patologie cardiovascolari, per persone con ipertensione arteriosa che non rispondono bene ai farmaci e soggetti con fattori di rischio cardiovascolare importanti come obesità, diabete, tabagismo».

Come funziona il test

Uno dei vantaggi di questo nuovo strumento diagnostico è rappresentato dalla modalità di esecuzione non invasiva: attraverso **un semplice tampone** è infatti sufficiente raccogliere un campione di mucosa della bocca o sottoporsi a un prelievo di sangue.

Il test molecolare analizza all'interno del DNA così ottenuto alcune specifiche varianti genetiche. Si tratta di geni che i ricercatori hanno scoperto essere in grado di regolare una serie di meccanismi che influenzano il maggiore o minore livello di pressione sanguigna: **la produzione degli ormoni** che gestiscono l'escrezione dai reni di sale e acqua (regolazione del sistema renina-angiotensina-aldosterone), la regolazione del tono dei vasi sanguigni (e quindi la loro maggiore o minore "rigidità"), il sistema di riassorbimento di acqua e sale attraverso i tubuli renali e altri sofisticati meccanismi del sistema nervoso responsabili della regolazione pressoria (sistemi di trasduzione del segnale, canali del sodio e sistema nervoso autonomo)*.

Grazie alla tecnologia di genotipizzazione del DNA utilizzata, il test vanta un'accuratezza del 99%.

Con questo nuovo strumento diagnostico è dunque possibile determinare la predisposizione individuale a sviluppare ipertensione arteriosa, e poi distinguere chi corre un maggiore o un minor rischio e così **definire strategie di prevenzione personalizzata per ciascun paziente**; identificare la terapia più efficace per il controllo dei valori pressori minimizzandone gli effetti collaterali e, infine, individuare nei famigliari i soggetti con rischio aumentato di ipertensione.

Ipertensione: cause ed efficacia delle terapie oggi disponibili

L'ipertensione arteriosa nasce dall'effetto combinato di fattori genetici ereditari e di fattori ambientali, come lo stress, l'eccessiva introduzione di sale e l'obesità. Per tale motivo, per prevenire l'ipertensione si dovrebbero, da un lato, correggere i fattori ambientali; dall'altro, identificare gli individui geneticamente predisposti. Una familiarità positiva rappresenta, infatti, un riscontro frequente nei pazienti ipertesi, con **un'ereditarietà stimata che varia tra il 35% e il 50%** nella maggior parte degli studi.

Recenti dati clinici indicano che in Italia solo il 30-40% di pazienti affetti da ipertensione arteriosa in trattamento raggiunge valori pressori adeguati (140/90 mmHg) e circa il 70-80% dei pazienti affetti da ipertensione arteriosa richiede una terapia di associazione (terapia di combinazione) basata su almeno due classi di farmaci per ottenere tali valori.

OBESITA': PEDIATRI, A RISCHIO BIMBI CHE DORMONO MENO

(AGI) - Roma, 30 giu. - Un adeguato riposo notturno e' fondamentale per le prestazioni cognitive e per prevenire l'insorgenza di disturbi del metabolismo. Lo ha detto la Societa' italiana di pediatria preventiva e sociale (Sipps) in una nota. "Il sonno a ha spiegato Elvira Verduci, componente del Consiglio Direttivo della Sipps - e' un processo fondamentale nella vita di ogni individuo e in eta' pediatrica contribuisce alla salute e alla crescita del bimbo. E' recente l'ipotesi di una possibile associazione tra ridotta durata del sonno e obesita' ". Oltre alle classiche conseguenze di un ridotto riposo come sbalzi di umore, irritabilita' e difficolta' di concentrazione - ha detto Paolo Brambilla, coordinatore Gruppo di lavoro della Sipps 'Obesita' e stili di vita' - la durata del sonno sembra essere associata a patologie croniche: non solo obesita' e insulino-resistenza ma anche diabete mellito di tipo 2, disturbi cardiovascolari ed aumentata mortalita'. La metanalisi degli studi pediatrici mostra come per ogni ora di sonno in piu' il rischio di sovrappeso e obesita' risulti ridotto in media del 9 per cento. Studi epidemiologici suggeriscono infatti che soggetti, sia adulti che bambini, definiti come 'short sleepers' tendono ad avere un maggiore indice di massa corporea (Bmi), una maggiore percentuale di grasso corporeo e una maggiore circonferenza della vita nei confronti di chi rispetta le ore di sonno raccomandate. Anche la regolarita', e non solo la durata media, del sonno sarebbe importante a fini preventivi".

SANITÀ: ENPAM APPROVA CONSUNTIVO 2013, AVANZO DI 1,1 MLD

Milano, 30 giu. (AdnKronos Salute) - L'Enpam ha approvato il bilancio consuntivo 2013. Il documento di bilancio, riferisce l'ente nazionale di previdenza dei camici bianchi, è stato votato a maggioranza (88 voti a favore, 8 contrari e 3 astenuti) dal Consiglio nazionale. Con un patrimonio che sfiora i 15 miliardi e un avanzo di 1,1 miliardi, si legge nella nota diffusa, la cassa dei medici e degli odontoiatri si conferma il più grande ente previdenziale privato italiano. Nel dettaglio il patrimonio netto è salito a 14,97 miliardi, in crescita dell'8,35% rispetto all'anno precedente. L'avanzo di 1,153 miliardi invece è dato dal risultato della gestione previdenziale e patrimoniale, al netto delle spese e delle imposte. Nel 2013 il numero di iscritti attivi è salito a 354.993 e quello dei pensionati a 95.426 unità. Il bilancio, segnala l'Enpam, "ha messo in luce conti previdenziali migliori rispetto alle ipotesi che erano state alla base dell'ultima riforma delle pensioni. E il patrimonio della Fondazione è pari a dodici volte l'importo delle pensioni pagate nell'anno, l'obiettivo minimo fissato dalla legge è di cinque volte". A 20 anni dalla legge di privatizzazione, sottolinea il presidente della Fondazione Enpam Alberto Olivetti, "possiamo cominciare a pensare ad azioni che vadano nella direzione di alleggerire la pressione sulle nuove generazioni. Una volta predisposti i nuovi bilanci tecnici attuariali, se ci saranno positività potremmo usarle per ridurre i sacrifici dei giovani". Il bilancio 2013, si legge ancora nella nota, registra anche l'azzeramento del Fondo oscillazione valori mobiliari, a significare che non c'è più rischio di perdite durevoli su investimenti del passato.

NUTRIZIONE**Ecco la dieta che batte il cancro**

Summit di esperti a Roma: meno calorie riducono i tumori del 60%

ROMA

La restrizione dietetica e delle calorie come arma di prevenzione contro il cancro. Ad affermare la correlazione - confermata anche da nuovi studi sui primati - è Luigi Fontana, uno dei massimi esperti internazionali di nutrizione, docente di Medicina e Scienze nutrizionali alla Washington University di St. Louis (Usa) e all'Università di Brescia, che ha fatto il punto sugli studi in materia in occasione di una *Lecture* al Policlinico Agostino Gemelli di Roma.

«La restrizione calorica senza

malnutrizione - rileva Fontana - è il metodo principe con cui mantenersi magri, soprattutto riducendo il grasso addominale, e attualmente la più straordinaria e potente strategia per mantenersi in buona salute e prevenire il cancro».

Nel modello animale, spiega, «abbiamo riscontrato che diminuire l'apporto calorico del 20-40%, cambiando il tipo di nutrienti, aumenta la durata della vita e comporta una riduzione dell'insorgenza dei tumori del 60%. La riduzione dell'introito calorico riduce infatti la produzione d'insulina, un fattore che stimola anche la crescita tumorale, e riduce i livelli di numerose sostanze infiammatorie che sono implicate nello sviluppo di tumori, malattie cardiovascolari, autoimmuni e nel diabete».



Meno calorie per prevenire i tumori



IMMIGRATI: MINSALUTE, CASO CLINICO SOSPETTO IMMEDIATAMENTE INDIVIDUATO

(ASCA) - Roma, 30 giu 2014 - "Durante le operazioni di soccorso effettuate ieri dal pattugliatore Orione della Marina Militare, intervenuto per prestare assistenza ad un barcone, nel corso dei previsti controlli sanitari a cura del personale sanitario di bordo e personale USMAF - Uffici di Sanita' Marittima, Aerea e di Frontiera del Ministero della Salute - e' stato identificato un caso sospetto di malattia infettiva di interesse per il Regolamento sanitario Internazionale dell'OMS". Lo comunica il Ministero della Salute, precisando che "il paziente e' stato isolato a bordo e sono state attivate le procedure necessarie di routine previste per giungere alla diagnosi del caso. Si specifica che la nave e' tuttora in navigazione". Il Ministero della Salute e la Marina Militare "proseguono nell'opera di rafforzamento del dispositivo di sorveglianza sanitaria nei confronti di potenziali rischi infettivi connessi ai flussi migratori. L'attuazione del protocollo contribuisce ad elevare ancora di piu' il livello di tutela dei cittadini residenti nel nostro Paese e quella dei migranti stessi".

Dopo la tbc, il vaiolo. Allarme Italia

La Marina soccorre un barcone con 396 migranti a bordo. Uno era malato
Il ministero della Salute minimizza: potrebbe anche essere solo varicella

Marzio Laghi

■ È stato il pattugliatore della Marina militare «Orione» a soccorrerli. I militari della Marina hanno tratto in salvo 396 migranti che erano a bordo del vecchio peschereccio. Ma, poco dopo il salvataggio, si è scoperto che uno di loro era malato. Gravemente. Una patologia infettiva che sarebbe tra quelle «di interesse» per il regolamento sanitario internazionale dell'Oms, un elenco che comprende vaiolo, febbre gialla, peste e malaria.

L'ennesima salvataggio nelle acque del canale di Sicilia ha visto protagonisti, come al solito, gli uomini impegnati da mesi nell'operazione «Mare Nostrum». Nessuno di loro si sarebbe avvicinato al malato. «Il paziente è stato isolato a bordo e sono state attivate le procedure di routine previste per giungere alla diagnosi del caso. La nave è tuttora in navigazione. L'attuazione del protocollo contribuisce ad elevare ancora di più il livello di tutela dei cittadini residenti nel nostro Paese e quella dei migranti stessi», ha fatto sapere il ministero della Salute, che ha cer-

cato di gettare acqua sul fuoco dell'allarme infettivo. Un fenomeno che preoccupa anche alla luce del caso dei poliziotti contagiati nei giorni scorsi da stranieri affetti da tubercolosi. Sul caso sospetto erano circolate voci di malattie infettive gravi, come il vaiolo, ma dal ministero tengono a precisare che nulla si può dire finché i medici non avranno esaminato il paziente, cosa che avverrà a bordo il prima possibile. Per il momento non ci sono elementi per sapere che tipo di infezione si tratta. Potrebbe anche trattarsi di semplice varicella. In ogni caso, fanno notare al ministero, è da sottolineare la tempestività dell'intervento, che ha consentito di isolare il caso sospetto senza alcun rischio di contagio. Nel frattempo, da Catania, è partito un elicottero, che probabilmente trasporterà l'uomo a terra per sottoporlo ad analisi più accurate.

Intanto, il Sindacato autonomo di polizia lancia un ultimatum al Viminale: «Diffidiamo il Dipartimento della Pubblica Sicurezza dall'impiego di poliziotti che non possono essere tutelati dal punto di vista sanitario. Non solo devono essere

adeguatamente previste tutte le profilassi sanitarie, ma soprattutto il personale va reso edotto sui rischi, cosa che attualmente che non viene fatta - afferma Gianni Tonelli, segretario del Sap - La nave Orione destinata ad arrivare al porto di Catania registra, tra i circa 400 migranti che sono a bordo, un possibile caso di vaiolo. Una malattia, come è noto, molto contagiosa e letale. Il ministero dell'Interno - rimarca Tonelli - come datore di lavoro, ha precise responsabilità e, laddove si verificassero problemi di salute per i poliziotti, dovrà risponderne sia penalmente che civilmente».

E, sempre ieri, il sindaco di Taranto, Ezio Stefano, ha scritto ai ministri della Salute, Beatrice Lorenzin, e dell'Interno, Angelino Alfano. Tema: il pericolo tbc. Il primo cittadino della città pugliese chiede ai due ministri che «individuino e destinino alle attività di accoglienza solo quei volontari e quelle unità per i quali è accertata la condizione di non rischio».

Il 20 giugno erano morti due cittadini di origine africana, entrambi giunti a Roma dopo un viaggio massacrante sui «barconi della speranza» e

ospitati in due strutture occupate da richiedenti asilo. È accaduto a distanza di poche ore l'uno dall'altro. Il primo al mattino, il secondo nel pomeriggio. La causa del decesso? Arresto cardiocircolatorio. I risultati dell'autopsia non sono ancora stati resi noti a distanza di dieci giorni. I due erano ospiti in una struttura sulla Collatina e alla Romanina. Nel primo caso, quando i sanitari sono giunti sul posto, non hanno potuto fare altro che constatare il decesso di Berhan Teklay, 27enne etiope, giunto a Roma il giorno prima del decesso: «Stava male, aveva la diarrea - raccontò tra le lacrime la sua compagna, Sosun - diceva di avere molta fame perché gli avevano dato solo del latte ma non voleva chiamare i medici per paura, non aveva documenti, stamattina aveva più di 38 di febbre, ha detto di volersi riposare un po' sul letto ma quando ho cercato di svegliarlo non ha più risposto. Non aveva mai avuto malattie». L'altro caso al Salaam Palace in via Caviglieri 8, zona Romanina. Altro arresto cardiocircolatorio. Trent'anni l'età della vittima. E anche per il secondo migrante africano mistero sulle cause della morte.

Salvataggio

È stato il pattugliatore «Orione» ad avvicinare il peschereccio

Infezioni

Tra quelle contenute nel regolamento Oms malaria e febbre gialla

Ultimatum

Il Sap diffida il Viminale «Alfano responsabile della salute degli agenti»

A Roma

Il 20 giugno i decessi di due africani arrivati dalla Puglia