

**LE STIME I-COM**

## Entro il 2019 spesa per farmaci su di 2-3 miliardi

■ La spesa (pubblica e privata) per i farmaci crescerà tra e 3 mld entro il 2019. È la previsione elaborata da uno studio di I-Com, l'Istituto per la competitività, che sarà presentata oggi a Roma. Un «rischio shock» che «minaccia di far saltare il banco nel Ssn», afferma lo studio, più in là negli anni, con consumi tendenziali che addirittura sfiorerebbero una spesa di 60 mld nel 2050. Intanto è l'immediato che conta, proprio mentre sui farmaci si stanno giocando in questi giorni due delicate partite: il nuovo Prontuario Aifa e i nuovi tetti e il pay back sui ripiani a carico delle imprese in vista della manovra 2016. Tutto questo quando è sempre più chiaro che i costi (e il valore) dell'innovazione sono destinati ad avere un impatto sulla spesa che mette a nudo un sempre più evidente problema di «sostenibilità» per il Ssn. Con la spesa privata che intanto cresce sempre di più e quella del Ssn che, unico caso tra le voci di spesa Ssn, cala. «Di fronte all'ondata di farmaci innovativi a cui assisteremo nei prossimi anni - spiega il presidente di I-Com, Stefano da Empoli - la scelta è duplice e senza appello: mettere a punto un sistema di governance condiviso, accettando la sfida dell'innovazione, oppure soccombere rinunciando alla sostenibilità del Ssn o al suo carattere universalistico».



Martedì 29 SETTEMBRE 2015

## Appropriatezza e innovazione sostenibile. La sfida per la sanità in un convegno Agenas

***Nel corso dei lavori è stata presentata una ricerca, finanziata dal Ministero della Salute e coordinata da Agenas, che ha l'obiettivo di garantire l'accesso alle innovazioni tecnologiche, dismettendo nello stesso tempo quelle obsolete. Il tutto attraverso un'attenta pianificazione che tenga conto della disponibilità delle risorse, dei bisogni della popolazione, delle innovazioni del Sistema sanitario e delle pratiche cliniche e organizzative locali.***

Armonizzare e coordinare le linee progettuali delle Regioni partecipanti (Lombardia, Puglia, Umbria, Abruzzo, Sicilia, Piemonte, Lazio, Emilia Romagna, Veneto) che hanno individuato specifici ambiti di ricerca: la diagnostica per immagini, le pratiche cliniche oncologiche, il programma di prevenzione del tumore della cervice uterina, maggiormente rispondenti alle loro esigenze di politica programmatica. Questo l'obiettivo di una **ricerca, finanziata dal Ministero della Salute e coordinata da Agenas**, che ha l'obiettivo di garantire l'accesso alle innovazioni tecnologiche, dismettendo nello stesso tempo quelle obsolete, attraverso un'attenta pianificazione che tenga conto della disponibilità delle risorse, dei bisogni della popolazione, delle innovazioni del Sistema sanitario e delle pratiche cliniche e organizzative locali.

I risultati sono stati presentati oggi **nel corso del convegno 'Metodi per investimenti e disinvestimenti e pianificazione delle tecnologie sanitarie nelle regioni italiane'**, (Methods for investments/disinvestments and distribution of health technologies in Italian regions" - MIDDIR) che si è tenuto oggi, presso la sede dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

“Il progetto risponde appieno all'attuale esigenza di appropriatezza del servizio sanitario, alla capacità del sistema sanitario di aprirsi ad un'innovazione “sostenibile” - ha affermato il Presidente di Agenas, **Giuseppe Zuccatelli** - che ha il coraggio di abbandonare tutto ciò che è inappropriato e inefficace per consentire qualità e sicurezza delle prestazioni erogate, riduzione delle inefficienze legate al malfunzionamento, abbattimento delle liste d'attesa e dei costi di gestione complessivi”.

“La ricerca evidenzia un nuovo approccio - ha dichiarato il Direttore Generale di Agenas, **Francesco Bevere** - che fornirà un prezioso supporto tecnico alle politiche programmatiche, affinché le scelte siano sempre guidate dalla qualità, dalla sicurezza, dall'efficienza, dall'efficacia. Il progetto dimostra, inoltre, che grazie al lavoro dei professionisti sanitari, attraverso il coinvolgimento e la condivisione dei risultati tra le Unità operative regionali, è possibile rinnovare l'intero sistema sanitario”.

Durante il convegno, il dirigente Agenas, **Marina Cerbo**, responsabile scientifico del progetto, nel presentare i risultati del progetto di ricerca “Methods for investments/disinvestments and distribution of health technologies in Italian regions” – MIDDIR” ha chiarito: “Le direttrici della ricerca sono state l'identificazione del fabbisogno per la programmazione degli interventi di investimento, l'analisi del livello di obsolescenza delle tecnologie, attraverso il coinvolgimento dei professionisti sanitari nelle scelte di dimissione, nonché il monitoraggio dell'impatto di tali scelte sull'organizzazione dei servizi sanitari. Mediante una serie di casi studio regionali – ha aggiunto - il progetto di ricerca ha indagato, introdotto e sperimentato nuove metodologie basate su prove scientifiche robuste e, dunque agevolmente trasferibili nei diversi contesti regionali”.

La metodologia che ha guidato la ricerca “è fortemente innovativa, ancora poco sperimentata nel nostro Paese e ormai validata da criteri scientifici internazionali, che supporta i decisori nella dismissione di tecnologie e modalità assistenziali obsolete, ossia che presentano un beneficio clinico scarso, incerto o nullo, nonché ad alto tasso di inappropriatezza – ha concluso - In un contesto storico di spending review è urgente approfondire, indagare e condividere con le Regioni metodi e strumenti affinché nuove tecnologie si possano sostituire e non semplicemente aggiungere a quelle obsolete, consentendo un utilizzo efficace delle risorse nel rinnovamento e nella rimodulazione dell’offerta sanitaria”.

**VEROCONSUMO**  
www.veroconsumo.it

Associazione regionale di consumatori e famiglie

# L'aspirina allunga l'aspettativa di vita dei pazienti con forme neoplastiche

A dirlo uno studio condotto da alcuni scienziati dell'Università di Leiden

CATANIA - Un gruppo di scienziati dell'Università di Leiden è riuscita a dimostrare attraverso uno studio, presentato all'European Cancer Congress di Vienna che l'aspirina, può raddoppiare l'aspettativa di vita di pazienti affetti da alcune delle forme neoplastiche più comuni.

Lo studio è stato condotto nei Paesi Bassi su circa 13.000 persone negli anni tra il 1998 ed il 211, secondo cui l'antinfiammatorio ha apportato un "significativo" vantaggio di sopravvivenza rispetto a coloro che non lo hanno assunto. L'indagine scientifica ha rivelato che in generale, in tutti i tumori studiati, il 30,5 per cento dei pazienti è sopravvissuto almeno 5 anni.

Ma all'interno del campione, coloro che usavano aspirina, una dose giornaliera di 80 milligrammi, considerata bassa, avevano il doppio delle probabilità di sopravvivere entro



## Lo studio è stato condotto nei Paesi Bassi su circa 13.000 persone

questo periodo di tempo. Fra i tipi di malattia inclusi nello studio il cancro intestinale e dell'esofago. L'impatto dell'aspirina sulla sopravvivenza è stato analizzato dopo un corretto aggiustamento per fattori come sesso, età, stadio della patologia, trattamenti effettuati e altre condizioni mediche, che avrebbero potuto influenzare i tassi di mortalità.

Il coordinatore del trial, Martine Frouws ha sostenuto: "Adesso vogliamo analizzare il materiale tumorale di questi pazienti per cercare di scoprire quali malati possono sicuramente trarre beneficio dal trattamento con aspirina. E' un farmaco a un buon mercato, fuori brevetto, con relativamente pochi effetti collaterali: potrebbe avere un grande impatto sui pazienti e sui sistemi sanitari".

La conclusione di questo studio ha confermato dunque quanto già in passato era stato dimostrato, ovvero che l'aspirina era uno scudo anti-tumorale.



**adnkronos**  
**salute**

○ 30 settembre 2015

○ NUMERO 149 | ○ ANNO 9

# Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

***Nuove prospettive post-chemio illustrate al congresso Ecc di Vienna***

## **Nanofarmaco salva-polmone come terapia mantenimento**

Un nanofarmaco da usare dopo la chemio, come terapia di mantenimento contro il cancro al polmone: big killer che, secondo le stime, arriverà a colpire per fine anno circa 41 mila italiani. Uno studio illustrato a Vienna all'European Cancer Congress 2015 esplora una nuova prospettiva di impiego per nab-paclitaxel, medicinale nanotech che in combinazione si è già dimostrato in grado far regredire il carcinoma polmonare di tipo squamoso nel doppio dei pazienti rispetto al trattamento standard. Il trial internazionale di fase III, battezzato 'Abound', è stato avviato 6 mesi fa coinvolgendo 300 pazienti. Fra i membri del comitato scientifico anche Cesare Gridelli, presidente dell'Associazione italiana di oncologia toracica (Aiot) e direttore del Dipartimento di onco-ematologia dell'azienda ospedaliera Moscati di Avellino. "Le prospettive aperte da nab-paclitaxel associato a carboplatino, un altro farmaco chemioterapico, stanno già cambiando la terapia standard - sottolinea l'esperto -

Uno studio che ha coinvolto più di mille pazienti ha evidenziato percentuali di risposta doppie nelle persone colpite dalla forma non a piccole cellule squamosa metastatica" di cancro al polmone "trattate con la combinazione dei 2 farmaci, rispetto al vecchio standard di carboplatino e taxolo. In particolare, si è registrata una regressione delle dimensioni del tumore nel 41% dei pazienti, rispetto al 24% raggiunto con il trattamento standard". Questi risultati hanno portato Fda ed Ema, le agenzie regolatorie americana ed europea, ad autorizzare il mix nab-paclitaxel/carboplatino. E sempre "alla luce di questi dati - spiega Gridelli - abbiamo deciso di verificare con un altro studio, Abound, l'efficacia di nab-paclitaxel come terapia di mantenimento successiva alla combinazione" con carboplatino. "Oggi, nel tumore del polmone non a piccole cellule squamoso avanzato - evidenzia Gridelli in occasione del meeting che si chiude oggi nella capitale austriaca - dopo 4-6 cicli di chemioterapia si sospende

il trattamento e la sopravvivenza è di circa un anno. Oggi stiamo verificando in questo nuovo studio se la terapia di mantenimento è in grado di mantenere il risultato ottenuto con la chemioterapia iniziale, con prospettive importanti grazie a nab-paclitaxel". La forma squamosa di tumore al polmone, precisa il numero uno dell'Aiot, "può essere considerata una patologia orfana che si può combattere con poche armi (di recente nuove prospettive arrivano dalla immunoterapia), anche perché non presenta mutazioni genetiche bersaglio per i farmaci biologici. Con nab-paclitaxel, la concentrazione di paclitaxel libera nell'organismo è 10 volte superiore a quella di paclitaxel convenzionale, permettendo una maggiore esposizione al farmaco rispetto alla formulazione tradizionale". "Il carcinoma polmonare squamoso non a piccole cellule rappresenta una delle forme più aggressive, tipica dei fumatori", ricordano gli esperti a congresso.

***Paola Olgiati***

# Contro la sanità degli sprechi serve una governance della qualità

**Maurizio Cotrufo**

Il Ministro **Lorenzin** si accinge ad emanare un decreto nel quale presume di sapere quali sono gli esami diagnostici necessari e quali quelli superflui; il Mattino dedica una pagina al malessere vissuto dai Medici del Sud raccontato dall'amico Bruno Zuccarelli, Segretario dell'Anao Assomed. Questi sono gli ultimi episodi di una sanità malata cronica. Il Sistema Sanitario Nazionale, introdotto con la Riforma del 1978 e considerato tra i migliori del mondo, ha permesso che accanto ad alcune eccellenze istituzionali e professionali si manifestassero condizioni di profondo degrado: sprechi e fenomeni corruttivi, tickets in crescita, tagli lineari della spesa con blocco turn over degli organici, infiltrazione politica e clientelare, intollerabili liste di attesa e crescente espansione delle procedure intramoenia, operatori sanitari talora impreparati, obsolescenza di strutture ospedaliere, discrepanza dei livelli assistenziali tra il Nord ed il Sud del Paese, accessi pilotati nella rete dell'emergenza con proliferare di convenzioni che producono canali privilegiati per i pazienti e lauti guadagni per i medici beneficiari.

Nei programmi che i governi degli ultimi anni hanno previsto per il superamento della crisi ha prevalso il controllo finanziario della spesa sanitaria regionale ed aziendale nella presunzione che il taglio di presunti sprechi ed un migliore reinvestimento delle risorse potessero essere risolutivi. Così non è stato e così non sarà perché il vero problema risiede in una diffusa incapacità di governance che dal potere centrale di molte Regioni si estende alla periferia fino a gran parte dei dirigenti delle Unità operative attraversando direzioni aziendali amministrative e sanitarie. Occorre che il governo comprenda che più di una review della macroeconomia occorre una review della gestione quotidiana e capillare. Per governance in sanità va intesa una gestione produttiva perché disciplinata e controllata. Ritengo estremamente esemplificativo riportare a tal proposito una esperienza da me personalmente vissuta. Era un qualsiasi lunedì degli anni '70, il Dott. M.F., medico funzionario dell'ENPAS (Ente Nazionale per la Previdenza degli Statali) sessantenne gioviale, cilentano doc con castello familiare a Perdifumo, amico ma rispettosamente temuto dal corpo sanitario, entra, conoscitissimo dai custodi, nella Clinica Chirurgica del Policlinico e si dirige verso la medicheria centrale. È atteso dal medico di guardia ed entrambi seggono attorno ad un tavolo sul quale sono depositate le cartelle cliniche dei pazienti degenti.

A.M., diciottenne signorina ricoverata per appendicite cronica è stata operata due giorni dopo il ricovero, sono stati correttamente eseguiti gli esami diagnostici strettamente correlati al caso, l'intervento non ha avuto complicazioni, la mensa ha sospeso la dieta ordinaria per due giorni,

le sono state somministrate due dosi di antibiotico più quattro flaconi di soluzione fisiologica e glucosata, la paziente deambulava nel corridoio e verrà dimessa in quinta giornata dandone immediata informazione all'ENPAS.

G.E. è un paziente cinquantenne operato già da un mese di resezione gastrica per ulcera; vi è stata una grave complicazione per deiscenza della sutura sullo stomaco: il collega dell'ENPAS conosce il problema e settimanalmente ne controlla l'evoluzione visitando ed incoraggiando il paziente al capezzale del suo letto, entrando nel merito dei provvedimenti terapeutici adottati, degli esami diagnostici eseguiti e della prognosi che viene espressa dai sanitari.

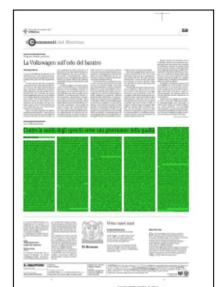
È pomeriggio inoltrato quando le schede relative ai sessanta pazienti ricoverati sono state tutte esaminate e per ciascun paziente sono stati discussi tempi e indicazioni degli interventi programmati ed il loro rischio beneficio. A quei tempi non esistevano Regioni, Aziende, ARSAN ed il bilancio consuntivo annuale dell'ENPAS risultava positivo, i pazienti e le famiglie si sentivano protetti e le denunce per presunti episodi di malasanià erano rarissime. Fallimentare era al contrario la gestione dell'INAM (Istituto Nazionale per l'Assistenza Malattie) che non adottava controlli altrettanto capillari e negli anni era pervenuto ad un deficit tanto imponente da indurre lo Stato ad adottare provvedimenti correttivi che si conclusero con la cancellazione delle casse mutue e l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Siamo negli anni 2000: i funzionari della Regione e dell'ASL è possibile non vederli mai nelle corsie degli Ospedali a meno che non vengano segnalati problemi straordinari quali infezioni nosocomiali, danni strutturali o indagini giudiziarie; un'Istituzione fantasma della quale non si comprende l'esistenza è l'ARSAN; vi sono Direttori Generali di Aziende Ospedaliere che anche dopo anni di servizio non hanno mai messo piede nei Reparti di degenza; le Direzioni Sanitarie sono spesso al servizio dei sindacati e distratte dall'assegnazione di turni, trasferimenti e promozioni che siano di loro gradimento. Il turn over dei pazienti è in molte realtà gestito dagli stessi sanitari delle Unità Operative. La storia vissuta da ciascun paziente durante la sua degenza ospedaliera si svolge senza alcun controllo da parte dell'Ente finanziatore, ovvero la Regione; essa viene riassunta alla conclusione del ricovero dagli stessi sanitari in un formulario prestampato, definito DRG, che riporta le prestazioni effettuate ed il corrispettivo economico che la Regione dovrà pagare all'Azienda. Se si acquisisce una profonda conoscenza del librone che riporta i migliaia di codici che corrispondono alle migliaia di entità nosologiche, diagnostiche e terapeutiche e delle innumerevoli complicazioni possibili, la scheda DRG può es-

sere fraudolentemente compilata con l'obiettivo di pervenire ad una sovrastima, anche importante, del corrispettivo economico che la Regione dovrà versare. La mensa distribuisce i vassoi del vitto in base al numero dei degenti segnalati e se il paziente è in sala operatoria ci sono sempre i parenti o gli stessi sanitari di turno che potranno beneficiarne; ad un paziente non diabetico può anche misurarsi la glicemia ogni giorno, così come la TAC del torace o dell'addome non si nega a nessuno. Alcune, poche, Regioni hanno impostato l'assistenza sanitaria su criteri di stretto controllo della quantità e qualità delle prestazioni erogate da ciascuna Struttura di loro competenza; audit frequenti tra operatori sanitari, Direzioni Strategiche Aziendali ed Assessorato alla Sanità impongono protocolli rigidi i cui benefici ricadono non solo sui pazienti ma anche sulle finanze della Regione. Si parte da una programmazione su base epidemiologica dell'assistenza da garantire nei confini regionali, si concordano in quantitativi definiti le prestazioni da affidare per l'intero anno solare a ciascuna Azienda Pubblica o Privata se Accreditata e si predefinisce il budget economico corrispondente. I risultati sinora ottenuti sono soddisfacenti sia in termini di qualità assistenziale che di bilancio finanziario tanto che il governo centrale le indica come modello alle altre Regioni inadempienti.

Una pedina fondamentale nella governance sanitaria è il Dirigente delle Unità operative complesse. Un Dirigente Primario che occupa il ruolo per soli titoli accademici o per protezioni politiche può far disastri per tutta la vita con buone probabilità che ne esca illeso; è frequente che nella stessa struttura ospedaliera operi un Dirigente che interpretando la responsabilità gestionale affidatagli come dovere istituzionale e non come potere personale riesce a costruire un'eccellenza. Ciascuna Unità Operativa Complessa dovrebbe avere una struttura piramidale ed all'apice chi dimostra quotidianamente di meritarselo perché è professionalmente il migliore, è temuto ma ben voluto e stimato, distribuisce funzioni in base al merito, è disciplinato e pretende disciplina, insegna e pretende aggiornamento, costruisce una Scuola e si impegna per la sua crescita, è rigido nel rispetto delle linee guida e dei protocolli sanitari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

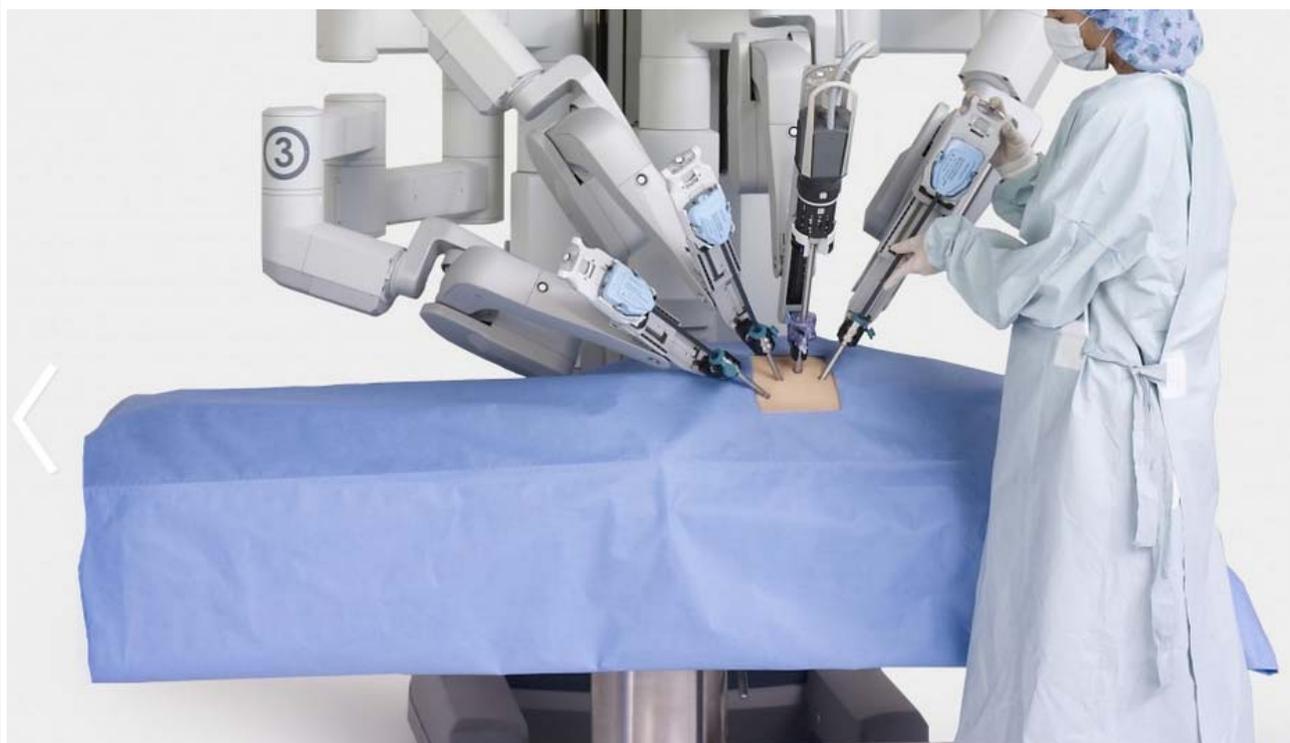


<http://www.panorama.it/scienza/salute/>

## CHIRURGIA ROBOTICA, LA NUOVA FRONTIERA DELL'UROLOGIA

SEMPRE PIÙ INTERVENTI PER IL TUMORE ALLA PROSTATA, RENE E VESCICA SONO ESEGUITI CON L'AUSILIO DI ROBOT: ECCO I VANTAGGI

Negli ultimi quindici anni la chirurgia robotica nell'ambito dell'urologia ha fatto passi da gigante. Tanto che oggi nella pratica clinica le precise braccia meccaniche, guidate sempre da chirurghi esperti, rimuovono con relativa velocità e semplicità tumori nella prostata, nei reni e nel tratto urinario.



Per fare il punto sui progressi e risultati raggiunti l'Unità di Urologia con l'Istituto di Ricerca Urologica dell'IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano organizza giovedì 1 ottobre l'incontro aperto al pubblico dal titolo: "Il ruolo della chirurgia robotica in Urologia: passato, presente e futuro".

Il professor Francesco Montorsi, primario di Urologia e direttore scientifico dell'IRCCS Ospedale San Raffaele, si confronterà

con il professor Mani Menon, urologo di fama internazionale considerato il padre della chirurgia robotica per il tumore della prostata e direttore del Vattikuti Urology Institute e del Dipartimento di Urologia allo Henry Ford Hospital di Detroit.

Mani Menon, di origini indiane, è uno degli urologi più all'avanguardia degli Stati Uniti e del mondo. Autore di oltre 250 pubblicazioni scientifiche, ha eseguito circa quattromila prostatectomie ed è stato tra i primi a sviluppare tecniche di chirurgia robotica per il trattamento del tumore alla prostata, che non danneggiano i nervi del paziente e gli consentono di conservare la potenza sessuale e di evitare eventuali problemi di incontinenza.

Tra le sue tante innovazioni spicca la descrizione della moderna tecnica chirurgica della prostatectomia radicale con ausilio del robot Da Vinci. "Nel nostro dipartimento usiamo la chirurgia robotica nel novantanove per cento degli interventi per la cura del cancro" dice a [Panorama.it](#) Menon. "Rispetto alle normali procedure ci permette di eseguire operazioni più accurate e con meno perdita di sangue e danneggiamento dei tessuti" spiega il professore.

Che aggiunge: "l'impiego del robot permette una chirurgia più precisa, più sicura e molto meno invasiva e dolorosa per il paziente; i vantaggi inoltre si traducono anche in tempi più rapidi per le dimissioni: in alcuni casi i pazienti lasciano l'ospedale già ventiquattro ore dopo un intervento molto complesso".

Abbiamo sentito anche il parere del professor Montorsi, per farci raccontare ulteriori dettagli e spiegazioni sull'impiego di queste tecniche all'avanguardia ma entrate ormai nella pratica quotidiana.

A oggi, qual è la tecnica chirurgica in campo urologico maggiormente utilizzata?

Nei grandi dipartimenti accademici americani, come quello diretto dal Prof Menon, la maggior parte della chirurgia viene eseguita con il robot Da Vinci. Tutti i grandi ospedali americani possiedono un sistema robotico e la tecnica classica (con il taglio) è limitata a casi molto particolari. In Italia, al contrario, il chirurgo robot è presente soltanto negli ospedali principali. Tra questi, l'Ospedale San Raffaele ha due sistemi da Vinci che lavorano tutti i giorni in contemporanea per un totale di circa 400 interventi chirurgici robotici all'anno.

Quali sono le indicazioni principali della chirurgia robotica?

In campo urologico sono la prostatectomia radicale (cioè la rimozione della prostata per la presenza di un tumore) dalla tumorectomia renale (la rimozione di un tumore renale), dalla cistectomia radicale (cioè la rimozione della vescica) e dalla pieloplastica, ossia la correzione di un difetto a carico delle cavità del rene.

Quali sono i benefici secondari all'uso del robot?

Il robot permette principalmente di eseguire un intervento chirurgico più accurato con meno sanguinamento e meno danno a livello dei tessuti. Il robot rende la chirurgia più facile, riproducibile e sicura. Il dolore post-operatorio è generalmente minore e il

paziente può tornare a casa dopo un paio di giorni dall'intervento chirurgico.

Cosa fa esattamente il robot?

In realtà il robot non fa niente da solo. È il chirurgo che muove le sue mani come se stesse eseguendo un intervento classico (a cielo aperto, con il taglio). Il robot converte il segnale delle sue mani in un movimento millimetrico all'interno del corpo umano. Inoltre il robot permette al chirurgo di vedere tutto molto ingrandito, nel dettaglio e in 3 dimensioni, dando anche la sensazione della profondità.

A parte l'urologia in quali altri campi si utilizza la chirurgia robotica?

È utilizzata principalmente in ginecologia, chirurgia addominale, toracica, del collo, dei trapianti e, in casi specifici, del cuore. Tuttavia, l'urologia (soprattutto prostata, vescica, rene) rappresenta la disciplina nella quale maggiormente si ha il beneficio della chirurgia robotica. Infatti, la chirurgia urologica è una disciplina oncologica e di estrema precisione, con importanti conseguenze anche dal punto di vista della qualità di vita (in particolare l'impatto sulla funzionalità renale, continenza urinaria e potenza sessuale).

Quali sono i limiti principali della chirurgia robotica?

Il limite principale è il costo della procedura. Il sistema robotico e tutti i materiali monouso rendono la spesa di ogni intervento molto elevato. Negli Stati Uniti, dove la sanità è privata, i costi sono sostenuti dalle compagnie assicurative. In Italia tali costi sono solo in parte coperti dal Sistema Sanitario Nazionale e sono purtroppo sostenuti dagli ospedali e dai pazienti stessi. Tuttavia, i grandi centri ospedalieri come il San Raffaele, che eseguono centinaia di interventi all'anno, hanno la possibilità di ammortizzare i costi sostenuti massimizzando i benefici per gli ammalati.



# Con i tagli alla spesa pubblica esami medici di tasca propria

● La stretta decisa dal Ministero della Salute sulle analisi e sulla diagnostica ha posto in evidenza il problema degli esami inutili. I medici di base e le associazioni dei consumatori sono in rivolta. Troppo spesso però analisi e cure sono applicate in eccesso. Uno spreco di tempo e denaro. Per non parlare dei danni che alcuni esami inappropriati, possono provocare alla salute. Ma quali sono i test nel mirino che potrebbero arrecare danni alla salute secondo il Ministero della Salute? Quelli sulle intolleranze alimentari, la cura per l'insonnia negli anziani con benzodiazepine, farmaci per bruciori di stomaco, radiografie e risonanze per mal di schiena e per dolori al torace, test per allergie e antibiotici. Tutti gli esami possono dare esiti sbagliati. Sia perché possono non identificare un disturbo (falsi negativi), sia perché lo identifi-

cano anche quando non c'è (falsi positivi). Questo può creare una catena di conseguenze dannose: nel caso dei falsi positivi, ad esempio, una serie di nuovi esami inutili, con tutte le ansie, i rischi e le spese conseguenti. Un aspetto su cui si riflette troppo poco è quello della sovradiagnosi: un esame può infatti portare a trovare (e trattare) una malattia che non avrebbe mai dato fastidio. Per chi vorrà continuare il fai da te con gli esami clinici e con i medicinali, facendosi prescrivere dai medici di base, d'ora in avanti non resterà altro che pagarli di tasca propria e sperare che l'eccesso non provochi seriamente danni alla propria salute.





## LE DOMANDE DI OGGI

Dopo il decreto  
"taglia esami"  
cosa cambia?

## RISPONDE

**Claudio Cricelli** presidente della Società italiana di medicina generale

Qualora il Decreto Appropriatelyzza venisse approvato nell'attuale versione, si rischia di passare dalla tendenza a eccedere nella prescrizione dei test per paura di una denuncia del paziente all'astensione per il timore di una multa da parte delle autorità sanitarie. Per fare un esempio, consideriamo la **Tac** e la **Risonanza magnetica**, che si ritiene vengano sovra-prescritte. Se arriva un paziente anziano che soffre di dolore a un'anca, dopo una visita accurata, il medico può sospettare che il paziente possa aver bisogno di un intervento di protesi all'anca. Ma per questa diagnosi è necessaria una risonanza magnetica. Se, però, il risultato non confermasse il sospetto, il nuovo decreto vorrebbe punire il medico per aver prescritto un esame risultato negativo. È possibile quindi che il medico non prescriva più esami potenzialmente importanti per paura che poi le autorità sanitarie lo puniscano. Ma il medico non può sapere in anticipo quali saranno i risultati. E questo vale anche per gli esami del sangue per il colesterolo, i test allergici, quelli genetici e così via.

Meno sprechi  
o meno salute?Le nuove  
regole del  
MinisteroCOLESTEROLO E  
TRIGLICERIDI

**OGGI** Prestazione erogata senza limiti.

**DOMANI** Screening in chi ha

più di 40 anni e chi presenta rischio cardiovascolare o familiarità per dislipidemia o eventi cardiovascolari precoci. In assenza di valori elevati, modifiche dello stile di vita o interventi terapeutici si ripete dopo 5 anni.

TOMOGRAFIA  
COMPUTERIZZATA

**OGGI** Non sono previsti

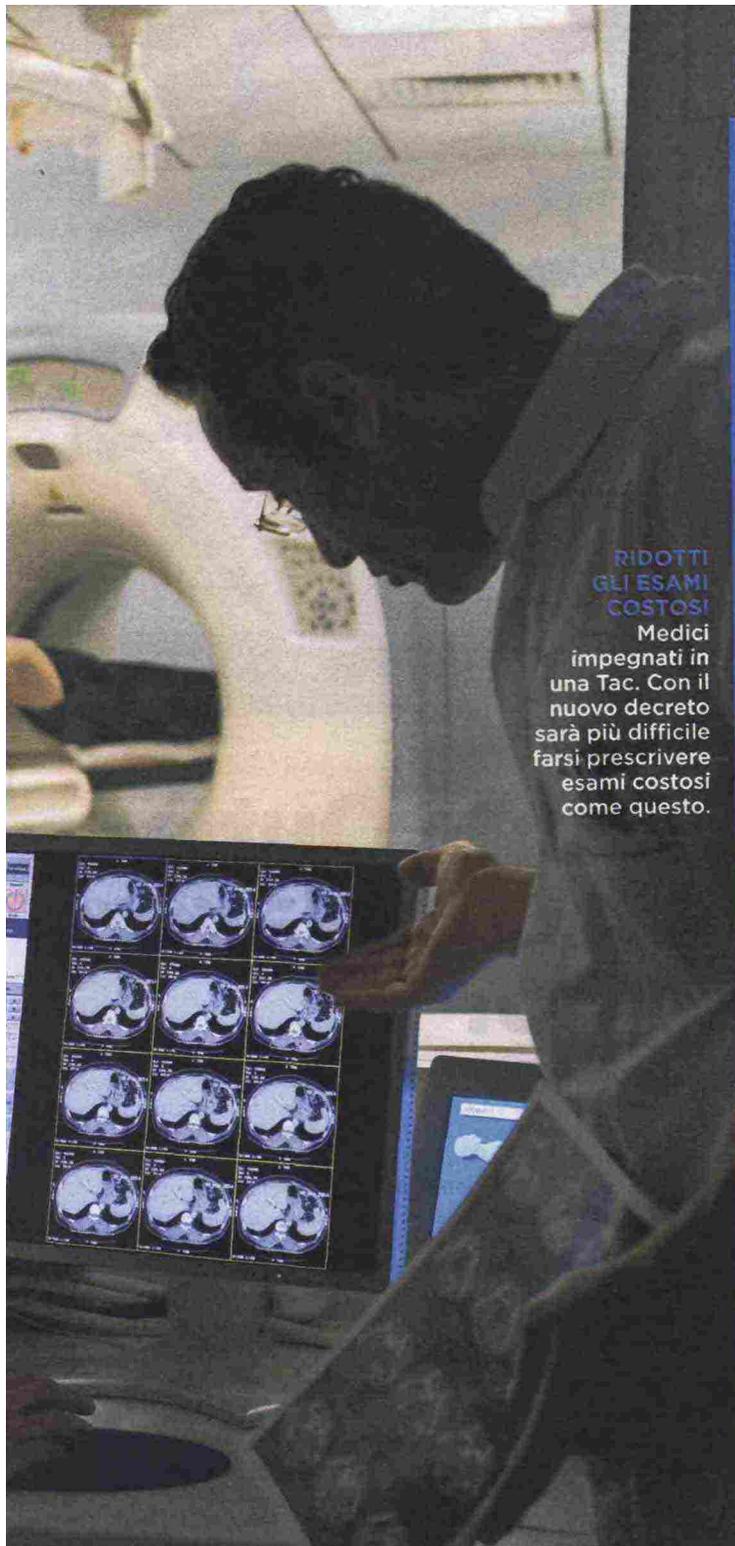
limiti all'erogabilità.

**DOMANI** In caso di patologia oncologica o di sospetto oncologico è indicata per una migliore valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto dubbio o positivo ai prioritari esami RX, RM o scintigrafia ossea. Diventa esame prioritario in caso di patologia traumatica acuta e

di complicanze post-chirurgiche.

RISONANZA MAGNETICA  
OGGI Non sono previsti limiti.

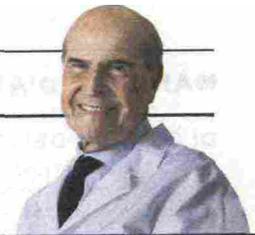
**DOMANI** Erogabile per patologia traumatica acuta, post-chirurgica, sospetta infiammazione, patologia oncologica, sospetto oncologico.



**RIDOTTI GLI ESAMI COSTOSI**  
 Medici impegnati in una Tac. Con il nuovo decreto sarà più difficile farsi prescrivere esami costosi come questo.

## LA NOSTRA SALUTE

**DI UMBERTO VERONESI**  
 direttore scientifico Istituto Europeo di Oncologia, Milano



# ERA NECESSARIO INTERVENIRE, MA CI VUOLE GIUDIZIO

IL GOVERNO STA PER APPROVARE IL DECRETO SUI COSIDDETTI "ESAMI INUTILI". MA ESISTONO ESAMI INUTILI?  
*Filippo F., Roma*

Occorre fare chiarezza, altrimenti il dibattito si avvelena e si allontanano gli obiettivi da raggiungere. Non esistono esami e prestazioni "inutili", ma essi diventano inutili se vengono prescritti ed eseguiti quando non ci sono le condizioni che ne giustificano l'esecuzione. L'elenco dei 208 esami e interventi specialistici sottoposti alle "condizioni di erogabilità" ha come **obiettivo quello di arginare un'alta marea di prestazioni inappropriate, che costa ben 13 miliardi all'anno.** Non credo che ai cittadini possa dispiacere un risparmio che dovrebbe andare a beneficio dei settori sanitari in difficoltà per carenza di fondi, e nemmeno uno sfolimento che potrebbe avere un buon effetto sull'accesso alle strutture ospedaliere, diminuendo i tempi di attesa. **Ci sono, però, alcune osservazioni da fare.** Come quando una ristrutturazione urbanistica appare buona e funzionale finché ci si limita ad apprezzare il modellino in cartongesso (e problemi - anche grossi - emergono quando si passa dalla teoria alla fase della costruzione) così potrebbe succedere con le prestazioni "inappropriate". Prendiamo **i medici.** Sono minacciati di multa se faranno prescrizioni che non rispettano i criteri di erogabilità delle prestazioni. Secondo me (e non lo dico per corporativismo) è un'idea sbagliata, che svisciva il rapporto di fiducia tra i medici e lo Stato, e può portare soltanto alla medicina "astensiva", cioè ai medici che si riparano le spalle evitando di prescrivere. Bel risultato. Se la medicina "difensiva" spinge i medici a prescrivere troppo, quella "astensiva" potrebbe portare a prescrivere troppo poco, privando i cittadini dell'imprescrittibile diritto alla protezione della salute. E si creerebbe un vuoto in cui s'infilerebbe il **business delle assicurazioni private** di malattia. Anche qui, bel risultato. L'intera categoria medica, con l'eccezione dei radiologi, si è dichiarata contro i tagli, portando come argomento di giustificazione la caduta del rapporto di fiducia con il paziente. In parte è vero, in parte no. Perché i medici non possono non riconoscere che spesso, per quieto vivere, danno ascolto in modo acritico alle pressanti richieste del paziente, e così facendo rinunziano alla propria cultura medica. Prima di prescrivere esami, è urgente recuperare l'osservazione clinica.

**SODIO E POTASSIO**  
**OGGI e DOMANI** Non sono previsti limiti all'erogabilità della prestazione.

**ALBUMINA**  
**OGGI** Senza limiti.  
**DOMANI** Indagine di primo livello utile in caso di sospetta malnutrizione o di patologie epatiche

e/o renali.

**TEMPO DI PROTROMBINA**  
**OGGI** Niente limiti.  
**DOMANI** Ausilio per identificazione delle malattie emorragiche e nella valutazione della funzione epatica. Utile nel monitoraggio dei farmaci anticoagulanti orali.

Le lettere vanno indirizzate a: **Umberto Veronesi - La nostra salute**, Oggi, Via Angelo Rizzoli 8, 20132 Milano. Oppure collegandosi al nostro sito: [www.oggi.it](http://www.oggi.it)

Martedì, 29 Settembre 2015, 17.52

AAA

# Farmacista33

CERCA

BIBLIOTECA DIGITALE  
 BACHECA ANNUNCI  
 BANCA DATI ALIMENTI  
 BANDI E CONCORSI  
 CERCA LA FARMACIA  
 FORUM  
 NOVITÀ IN PRONTUARIO  
 SUL BANCO

SERVIZI

HOME SANITÀ FARMACI DIRITTO OMEOPATIA FITOTERAPIA NUTRIZIONE BENESSERE FORMAZIONE RICERCA IN CODIFA

SANITÀ

Home / Sanità

## set 29 2015 Furti di farmaci, Sifo: solo 3 ospedali su 21 sono sicuri

TAGS: CRIMINE, FARMACISTI, FARMACIA OSPEDALIERA, FURTO, FARMACISTI OSPEDALIERI



ARTICOLI CORRELATI

08-05-2015 | Tavolo Pht, Sifo: costruire modelli di collaborazione tra farmacisti ospedalieri e territoriali

25-09-2015 | Fondazione Cannavò, eletto nuovo Cda: Enrica Bianchi nuovo presidente

18-09-2015 | Uk, farmacisti in Pronto soccorso: tratterebbero quasi metà dei pazienti

Le farmacie ospedaliere non sono ancora attrezzate per prevenire i furti di farmaci: solo 3, su 21 analizzate, risultano mediamente sicure, 12 hanno lacune che andrebbero colmate e 6 sono totalmente inadeguate dal punto di vista della sicurezza. È quanto è emerso da un'indagine realizzata dall'area logistica e innovazione Sifo nell'ambito del progetto Padlock (Progetto di adeguamento dei livelli di sicurezza delle farmacie ospedaliere) nato in risposta a un fenomeno che negli ultimi anni ha avuto un'importante impennata. Dal report Transcrime risulta, infatti, che nel 2013 ci sono stati 51 casi e nei primi cinque mesi del 2014 i furti sono stati 37, contro gli appena 17 dei precedenti sette anni, dal 2006 al 2012. Con danni economici al Servizio sanitario e di salute pubblica, in quanto una volta sottratti, vengono dirottati nelle cliniche illegali, utilizzati come droghe, destinati alle cure di criminali latitanti e riciclati come dopanti nel mondo sportivo. In media, un ospedale su 10 ha subito un furto ingente, con un danno medio di 250.000 euro, i farmaci più frequentemente rubati sono antitumorali ad alto costo (in 52 casi tra il 2006 e il maggio 2014 per quasi 11 milioni di euro) a seguire gli antireumatici (in 15 casi per oltre tre milioni di euro) e gli immunosoppressivi (oltre 12 casi per oltre 8 milioni di euro), i farmaci biologici, ematologici, ormonali, sedativi, psicofarmaci e neurologici.

Eppure, per quanto l'intervento delle autorità abbia ridotto il numero di furti, azzerati a partire dalla fine del 2014 a oggi, stando a quanto riportato dall'Aifa in un recente workshop, le farmacie ospedaliere restano ancora poco sicure. L'analisi dei rischi realizzata, con l'ausilio della Scuola Superiore Sant'Anna e di Logplus srl, ha valutato i punti

deboli di 21 farmacie ospedaliere di differenti dimensioni, e ha assegnato una classe di rischio, rispetto ad alcuni parametri, come la presenza di telecamere o sensori, il controllo degli accessi e le procedure di emergenza. Solo 3 hanno superato il test sicurezza, risultando mediamente sicure, la maggioranza (12) non raggiunge la sufficienza, 6 sono gravemente inadeguate. Il primo approccio verso la soluzione a tutto ciò è contenuto nelle Linee guida per la farmacia ospedaliera, che verranno presentate al congresso nazionale Sifo, in programma a Catania dal 22 al 25 ottobre. Secondo la Sifo «per fermare i furti è necessario implementare a monte la sicurezza delle strutture, incentivando per quanto possibile la centralizzazione delle scorte. Ma anche e soprattutto potenziando le misure di sicurezza per proteggere meglio i farmaci e migliorando le procedure di attivazione dell'allarme e di gestione dell'emergenza». I farmacisti ospedalieri, afferma **Marcello Pani**, responsabile Area logistica e innovazione Sifoe referente del progetto Padlock, «sono impegnati su più fronti per contrastare i crimini farmaceutici come testimoniano la collaborazione con l'Aifa per la condivisione delle segnalazioni relative ai furti e la pubblicazione nel 2014 del decalogo Nas-Sifo per la prevenzione e la gestione dei furti di farmaci nei servizi farmaceutici e territoriali». Tra le raccomandazioni, ricorda la Sifo, «quella di installare un sistema di telecamere a circuito chiuso, predisporre magazzini off limits e stipulare polizze ad hoc. Si consiglia anche di non esagerare con le scorte, facendo acquisti contenuti e più frequenti, e di essere particolarmente attenti se si è subito un furto, perché a volte gli ospedali sono presi di mira a ripetizione, come nel caso del Federico II di Napoli, derubato cinque volte in otto anni».



### i nostri Blog



Cosmesi  
a cura di Elena Penazzi



NaturaMedica  
a cura di Fabio Firenzuoli



MondoFarmacia  
a cura di Paolo Vintani

#### IN LIBRERIA



**Cannabis. "Erba" medica**  
Firenzuoli F.

[Scheda Libro »](#)



**L'omeopatia nelle malattie acute**  
Turinese L.

[Scheda Libro »](#)



**Come sono fatti i cosmetici**  
Penazzi G.

[Scheda Libro »](#)



**Reparto dermocosmetico**  
Penazzi E.

[Scheda Libro »](#)



**Come diventare titolari di Farmacia**  
Pacenti G.C.

[Scheda Libro »](#)



Ricerca nel sito

Ricerca nel sito

Iscriviti alla newsletter

Iscriviti alla newsletter

ALIMENTAZIONE AMBIENTE BELLEZZA CARDIOLOGIA CHIRURGIA DERMATOLOGIA DIABETOLOGIA ENDOCRINOLOGIA FARMACEUTICA FARMACOLOGIA FITNESS GASTROENTEROLOGIA GENETICA GERIATRIA GINECOLOGIA HEALTH U.S. INFERMIERISTICA INTER MALATTIE INFETTIVE MALATTIE RARE MALATTIE RESPIRATORIE MILAN NEUROLOGIA NEWS OCULISTICA ODONTOIATRIA ONCOLOGIA ORTOPIEDIA OTORINO PEDIATRIA PODCAST POLITICA SANITARIA PSICOLOGIA REUMATOLOGIA RICERCA ROMA SCLEROSI MULTIPLA SENZA CATEGORIA SESSUALITÀ - COPPIA SPORT - CALCIO SPORT SVIZZERA UROLOGIA VETERINARIA VIDEO WEBLOG WEB/TECNOLOGIA

## ULTIMI TWEET

## Prevenzione rischi cardiovascolari: plauso

Sottosegretario al Ministero della Salute,

De Filippo

- Cardiologia

29-09-2015 0 Commenti



"L'iniziativa annunciata oggi dalla Fondazione Italiana per il cuore, in occasione della giornata mondiale per il cuore, dedicata alla prevenzione dei rischi cardiovascolari dei collaboratori del Ministero del Lavoro, merita un plauso". Lo dichiara il Sottosegretario alla Salute, On. Vito De Filippo.

"La prevenzione è infatti un tassello importante della politica sanitaria di questo governo, in grado non solo di creare un risparmio per le casse dello Stato - continua il Sottosegretario - , ma soprattutto di garantire alle persone in età da lavoro e alle loro famiglie una qualità di vita ottimale. In occasione della giornata mondiale del cuore - conclude il Sottosegretario De Filippo - è importante ricordare la sfida che la comunità scientifica internazionale ci pone, ovvero di ridurre del 25% entro il 2025, il rischio di patologie cardiovascolari".

Commenta questo articolo:

Inserisci qui il testo...

Nome

Il tuo indirizzo email\*

Il tuo sito web

Enter

Notizie Svizzere

News in Inglese



**Perquisizioni commercio farmaci illegali: collaborazione Svizzera / Italia**



**Possibili manipolazioni sui gas di scarico: il punto della situazione in Svizzera**



**10 ANNI DI STRALUGANO. TUTTI DI CORSA IN CITTA'**



**Nuovo Vice Primario del Servizio di medicina intensiva dell' Ospedale Regionale di Lugano**



**Nel 2016 i premi delle casse malati aumenteranno in media del 4%**



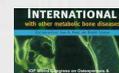
**The Volkswagen scandal and the need for truly independent, real world emission monitoring**



**NIH launches landmark study on substance use and adolescent brain development**



**NIH releases comprehensive resource to help address college drinking**



**Number of people at high risk of fracture set to double by 2040**



**More than half of Asian Americans with diabetes are undiagnosed**





ALESSIA GUERRIERI

Chiusa con risultati promettenti la prima fase della sperimentazione su 18 pazienti, durata tre anni, coordinata dal biologo Angelo Vescovi e sostenuta dalla Revert onlus e dalla Casa del sollievo della sofferenza di San Giovanni Rotonondo. Le cellule sono sicure e senza «effetti avversi», riproducibili, certificate e scevre da qualsiasi im-

plicazione morale. La principale novità sta appunto nelle cellule staminali cerebrali umane usate, perché prelevate da feti abortiti per cause naturali. In più, con il nuovo metodo, una singola donazione basta per più trapianti. Pronta la fase due, che inizierà nel 2016, con iniezioni su 60-80 malati di sclerosi laterale amiotrofica, e il deposito del protocollo all'Aifa per la ricerca sulla sclerosi multipla.

A PAGINA 11

# Staminali italiane contro la Sla

## Chiusa con successo la prima fase della ricerca "etica" di Vescovi

**La sperimentazione su 18 pazienti sostenuta da Revert onlus e Casa del sollievo non mostra «effetti avversi». Paglia: seme di speranza per pazienti e famiglie. Il biologo: ora fase due su 60-80 pazienti. Marazziti: politica aiuti la ricerca**

ALESSIA GUERRIERI  
ROMA

Il passo in avanti è di quelli che possono fare la storia. Certo non si può parlare ancora di cura per la Sclerosi laterale amiotrofica (Sla), ma ogni cosa fa ben sperare che si è sulla strada giusta. Ed è tutto *made in Italy*: cellule staminali cerebrali umane sicure, riproducibili e certificate, ma anche etiche. Sono quelle iniettate in 18 pazienti dall'*equipe* coordinata dal biologo Angelo Vescovi nella fase I del trial clinico sulla Sla - i cui risultati sono stati presentati ieri a Roma - una sperimentazio-

ne iniziata tre anni fa grazie al sostegno dell'associazione Revert onlus, l'Irccs Casa del sollievo della sofferenza di San Giovanni Rotonondo e ad alcune fondazioni private tra cui Generali e fondazione Cellule Staminali. La novità, unico caso al mondo, sta proprio nelle cellule staminali utilizzate: sono ottenute in laboratori certificati e prelevate da feti morti per cause naturali. Superando, dunque, le problematiche morali. In questa prima fase, infatti, il traguardo importante è che sono stati rilevati nei pazienti eventi avversi imputabili a questa procedura; in più i risultati clinico-chirurgici sono migliori rispetto alla sperimentazione parallela in corso negli Stati Uniti. I miglioramenti del tono muscolare o della respirazione di alcuni pazienti, insomma, sono un buon risultato, anche se vanno presi con la dovuta cautela.

La via italiana contro la Sla è certo appena cominciata. Comunque «oggi abbiamo dato speranza a tante persone - esordisce l'arcivescovo Vincenzo Paglia, presidente del Pontificio consiglio per Famiglia e dell'associazione Revert onlus - ai malati e alle loro famiglie», dimostrando che ci può essere una «circolarità



virtuosa» tra ricerca scientifica, fede, famiglia e che anche la malattia «si può vivere con una dimensione solidale». Il «calore della società», quindi, può prendere il posto della «fredda scienza». Dopo i risultati promettenti, perciò, ora si apre la strada della fase II - partirà nel 2016 e solo il monitoraggio dei malati costerà 3 milioni di euro - in cui è previsto il trapianto in 60-80 pazienti malati di Sla. Inoltre il mese prossimo ci sarà anche il deposito del protocollo all'Aifa (Agenzia italiana del farmaco), per iniziare la prima fase di sperimentazione anche sulla sclerosi multipla. «Abbiamo saputo cogliere l'impossibilità trasformandola in opportunità», spiega il direttore scientifico di Revert e della Casa sollievo della sofferenza Angelo Vescovi, superando qualsiasi problema etico e facendo in modo che «un singolo donatore possa bastare per molti trapianti». Ora, dopo aver garantito la sicurezza delle cellule, nella fase II si metterà a punto «il dosaggio e l'efficacia delle staminali» utilizzate nel primo blocco dello studio.

Metodo chiaro, risultati costantemente controllati e ricerca indipendente «legata alle esigenze del paziente, non al mercato». Sono appunto questi i valori aggiunti della sperimentazione che, ammette il direttore del Centro nazionale trapianti Alessandro Nanni Costa, «ha costruito l'architettura anche per chi fa ricerca su altre malattie neurodegenerative». Alla politica adesso invece spetta il compito di «sostenere questo lavoro impegnativo di ricerca per la difesa della vita - secondo il presidente della commissione Affari Sociali, Mario Marazziti - non guardandolo da lontano», aiutando anche l'opinione pubblica ad uscire «dalla paura dell'impossibile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Sperimentazione** Presto test su 60-80 pazienti. Si apre una speranza anche per i malati di sclerosi multipla

# Staminali e Sla, un altro gol per la cura di Vescovi

■ L'uso di staminali cerebrali per la cura della Sla è sicuro, e dà anche dei piccoli miglioramenti che fanno ben sperare per il loro utilizzo come cura. Lo ha dimostrato il test clinico di fase 1 della terapia, su 18 pazienti, coordinato da Angelo Vescovi, direttore scientifico dell'Irccs Casa del Sollievo, presentato ieri a Roma. Le cellule, ottenute in laboratori certificati da feti abortiti per cause naturali e quindi prive di problemi etici, sono state iniettate senza effetti collaterali gravi a tre anni dall'intervento. «Questo non è ancora una cura, ma ci permette di avviare la sperimentazione di fase 2 nel 2016 - ha spiegato Vescovi - su 60-80 pazienti, e con un protocollo che stabiliremo con i nostri partner americani ad ottobre. Ma lo studio ha anche dimostrato che esiste un metodo certificato dall'Autorità europea di produrre migliaia di cellule nervose umane a partire da un singolo prelievo, e questo avrà delle grandi ricadute anche sulle altre patologie neurodegenerative. Le nostre cellule sono a disposizione di tutti i centri del mondo che vogliono iniziare una sperimentazione». Oltre ad avviare la fase 2 sulla Sla il gruppo depositerà ad ottobre la domanda per iniziare una sperimentazione di fase 1 su pazienti con Sclerosi Multipla. «Arrivare a questo test era la parte più difficile, abbiamo impiegato anni - spiega l'esperto - ora speriamo che tutto diventi più veloce». Lo studio è finanziato da un pool di fondazioni private fra cui quella di Generali, ed è coordinato dall'associazione Revert Onlus. «La strada è lunga - ha sottolineato monsignor Vincenzo Paglia, presidente del Pontificio Consiglio per la Famiglia e della onlus - ma dopo oggi siamo più consapevoli nel poter dare una speranza».



LA RICERCA PREMIATA DA UN IG NOBEL (RICERCHE PIÙ INATTESE)

## In un bacio intimo di 10 secondi si scambiano 80 milioni di batteri

**L**a scienza dei baci è stata insignita con il premio Ig Nobel 2015, il riconoscimento alle ricerche scientifiche più imprevedibili, che viene consegnato tutti gli anni, da un quarto di secolo, ai campioni delle ricerche improbabili. A quelle ricerche, cioè, che rispondono con tutta la serietà di cui è capace la scienza alle questioni più inattese. Il nome del premio gioca sull'accostamento delle parole «Nobel» e «ignobile» e alla cerimonia di premiazione, ad Harvard, il 17 settembre, hanno partecipato anche sei veri premi Nobel.

Tra i ricercatori che hanno ricevuto il premio Ig Nobel 2015 ci sono alcuni scienziati olandesi che si sono impegnati a studiare i batteri contenuti in un bacio alla francese, un bacio intimo, d'amore, sulla bocca, fra due persone. Ebbene, la conclusione è che hanno determinato che in un bacio della durata di dieci secondi passano dall'una all'altra persona almeno un'ottantina di milioni di batteri.

**Altre due sono le ricerche vincitrici nella sezione più divertente dell'Ig Nobel**, quella dedicata, appunto, alla scienza dei baci. La prima ha studiato le virtù anti-allergiche del bacio e la seconda ha misurato per quanto tempo il dna dell'uomo contenuto nella sua saliva persiste nella

bocca della persona che ha baciato. Una informazione che risulta particolarmente interessante nel campo delle indagini in caso di aggressione sessuale. In questo caso la polizia scientifica potrebbe arrivare a individuare il violentatore grazie al dna dell'aggressore rilevato nella sua saliva rimasta nella bocca della sua vittima.

**Lo studio di matematica** insignito con l'Ig Nobel ha individuato quanti figli può avere un uomo e questo contribuirà a determinare se il sultano del Marocco, Moulay Ismail, ritenuto l'uomo più prolifico della storia (con il concorso del suo harem) ha davvero generato le centinaia di bambini che gli vengono attribuiti.

**La categoria chimica** del premio Ig Nobel ha visto la premiazione della ricercatore che ha spiegato come si fa a fare «sbollire» un uovo. Una ricetta che trova applicazione pratica nei laboratori farmaceutici dove può esserci la necessità di ripristinare velocemente le condizioni iniziali di un elemento del quale sono state indurite le proteine. Inoltre, non può passare sotto silenzio il premio della sezione economia consegnato alla polizia di Bangkok per la sua idea, considerata geniale, di elargire bonus ai poliziotti della capitale della Thailandia che rifiutano le tangenti.

—© Riproduzione riservata—



# Il social network della cannabis così l'erba si compra online

## Boom di startup per i consumatori e per chi ne ha bisogno per curarsi

Negli Usa la spinta viene dalla legalizzazione in diversi stati della vendita e del possesso

In Italia sta per debuttare "Let's Weed", punto di riferimento per chi la usa a fini terapeutici

RICCARDO LUNA

**P**ER la marijuana è arrivato il "momento startup": il momento in cui i giovani imprenditori applicano il loro talento e le tecnologie digitali per costruire nuove aziende, legali naturalmente, basate sulla coltivazione, la distribuzione, il commercio e il consumo dell'erba più famosa del mondo: la cannabis. Tecnicamente, uno stupefacente; in molti paesi, una droga e quindi vietata. Ma negli Stati Uniti, anche grazie alla spinta di alcuni referendum popolari, le cose stanno cambiando. In fretta. Quanto in fretta lo si è visto all'ultimo "TechCrunch Disrupt" di San Francisco. Di fatto è l'Olimpiade degli startupper: si candidano in migliaia, ne vengono scelti 25 per la selezione finale, e poi in sei si giocano il titolo di campione, ovvero 50 mila dollari ed una coppa che di solito attira investimenti milionari dei venture capitalist.

La settimana scorsa l'evento annuale è andato in scena al "Pier 70" di San Francisco, un monumentale edificio affacciato sulla baia, che un tempo aveva un utilizzo industriale e oggi è tutto ruggine e polvere. Invaso di ra-

gazzi che sognano di diventare milionari, ha il suo fascino. Che fosse un'edizione speciale lo si è capito dal primo giorno quando sul palco è salito Snoop Dogg, il famosissimo rapper. Era lì per lanciare una nuova piattaforma editoriale "Merry Jane": "Mary Jane" è uno dei modi popolari di chiamare la marijuana; "Merry Jane" è per mettere in evidenza l'uso felice ("merry", come il Natale) dell'erba. «Lo faccio per far uscire i consumatori dal gabinetto e fargli ammettere con tutti che gli piace fumare». Praticamente, un social network per fare outing. Sarà online a fine ottobre, per ora ci si può solo iscrivere lasciando la propria mail.

Ma la sorpresa è stata la gara. La vittoria finale se la sono giocata una startup legata agli orti, Agrilyst (che poi ha vinto), e la prima startup del mondo dedicata alla marijuana. Si chiama GreenBits e di fatto è un software gestionale che aiuta i commercianti che vendono l'erba. Lo ha realizzato un giovane genietto del digitale: si chiama Ben Curren, ed è da poco diventato milionario vendendo la sua precedente startup, Outright (una piattaforma per gestire operazioni finanziarie) al colosso GoDaddy. Insomma era ricco, Ben Curren, e si annoiava. Ha bussato alle porte di Google, ha costruito dei droni, ma dopo un po' si è accorto che sognava solo la sua prossima startup: «Allora ho riguardato i miei appunti sul telefonino e ho trovato questa frase, segui l'evoluzione dell'industria della cannabis. E ho pensato che fosse arrivato il momento di realizzare uno strumento che consentisse ai negozi di comprare e vendere

marijuana in maniera facile e sicura con una app sul proprio iPad».

In effetti in America su questo fronte è in corso una trasformazione che può diventare rivoluzione culturale. Non solo quattro stati (Colorado, Oregon, Alaska e Washington) hanno legalizzato la vendita e il possesso di marijuana anche per uso non medico; molti altri sono andati verso la depenalizzazione sulla spinta dell'opinione pubblica che a larga maggioranza spinge in questa direzione. I risultati sono clamorosi: a settembre il Colorado ha fatto sapere che le entrate fiscali dovute alla cannabis sono quasi raddoppiate in un anno (da 76 milioni di dollari nel 2014 ai 125 previsti entro il 2015) e hanno superato quelle per gli alcolici; un successo che motiva l'istituzione di un "tax free day", un giorno in cui fumare senza tasse (il 16 settembre scorso). E nel South Dakota, in un territorio abitato dagli indiani Sioux, aprirà il primo resort dedicato alla marijuana, con un bar dove ordinarla e un lounge dove fumare in santa pace.

In questo contesto effervescente, nel quale una ricerca dell'università del Michigan sostiene che fra i ragazzi il "fumo" di erba sia diventato più popolare delle sigarette "perché fa meno male", la startup di Ben Curren potrebbe avere successo ed essere la prima di una lunga serie. Infatti in Italia sta per debuttare "Let's Weed", che si candida a diventare il primo riferimento online per i consumatori di cannabis a fini terapeutici. L'impressione è che questa storia sia solo all'inizio.

ORIPRODUZIONE RISERVATA



# Dai farmaci fino all'agricoltura il futuro è biotech

## Il festival di Trieste Next

**Edvard  
Moser**  
Psicologo

**RUOLO:** È PROFESSORE  
ALLA «NORWEGIAN UNIVERSITY  
OF SCIENCE AND TECHNOLOGY»



**L'EVENTO**

SIMONA REGINA

**P**er mantenere giovane il cervello è importante tenerlo attivo. Così come per proteggerlo dall'Alzheimer è fondamentale capire il funzionamento delle funzioni cognitive. Il Nobel per la medicina Edvard Moser ha così risposto alle curiosità emerse nell'incontro che ha chiuso, domenica scorsa, «Trieste Next». E, anche se il suo lavoro è ricerca di base, ha spiegato che la scoperta del sistema di cellule che permette di orientarci (come un Gps biologico) è parte di una più vasta avventura scientifica: il disorientamento spaziale, non a caso, è uno dei sintomi di molte patologie neurodegenerative.

Quest'anno il programma del Salone europeo della ricerca ruotava intorno al te-

ma «Il futuro della vita» e le biotecnologie sono state al centro dei dibattiti che per tre giorni hanno animato Trieste. Se sul fronte della salute hanno concordato gli studiosi - il futuro è della medicina rigenerativa, proprio «la lotta all'Alzheimer è - per il genetista Edoardo Boncinelli - una delle tre sfide che la ricerca biomedica deve affrontare, insieme con la lotta alle malattie cardiovascolari e ai tumori». Sforzi e speranze, ora, «si concentrano sui farmaci biotecnologici», ha aggiunto Mauro Giacca, direttore del Centro internazionale di ingegneria genetica e biotecnologie, parlando dei farmaci basati su «proteine ricombinanti,

acidi nucleici e cellule staminali», con cui rigenerare i tessuti.

Ma anche in agricoltura il biotech fa e farà la differenza: l'ha ribadito Segenet Kelemu, direttrice del Centro per la fisiologia e l'ecologia degli insetti di Nairobi. «Biotecnologie e agricoltura sostenibile - ha spiegato - non sono in contraddizione. Introdurre varietà di colture ad alta resa è un modo per produrre di più con risorse idriche limitate e su terreni investiti dai cambiamenti climatici». Salute collettiva e salute individuale, così, si intrecciano. Nel nome della ricerca.



# Un sostegno per le famiglie dei bambini nati prematuri

## IL PROGETTO

**L**a nascita pretermine è un evento spesso imprevedibile. In Italia ogni anno vengono alla luce 36mila bambini prematuri, che hanno bisogno di cure speciali per sopravvivere, e con loro ci sono 36mila famiglie quasi sempre impreparate all'evento. Inoltre la diagnosi di una gravidanza a rischio si riscontra nel 28 per cento dei casi, in particolare più frequentemente nei casi di gemelli (72% delle nascite gemellari). Il risultato è che per l'87 per cento dei parti pretermine si è trattato di un evento improvviso ed impreveduto che ha richiesto un intervento di emergenza, 8 volte su 10 (78 per cento) con un parto cesareo. Le strutture che accolgono i bambini prematuri, ovvero le Neonatologie e le Terapie intensive neonatali, sono nella propria Regione, anche se in quasi il 70% dei casi non nello stesso Comune, ma soprattutto nelle grandi città. Pochi gli spazi a disposizione per i genitori, dai letti alle sedie.

## LE ASPETTATIVE

«La prematurità è un percorso tutt'oggi poco esplorato - spiega Martina Bruscaignin, presidente di "Vivere onlus" Coordinamento nazionale delle associazioni per la neonatologia - che lascia molto spesso la famiglia senza sufficienti informazioni e senza un adeguato sostegno». E' quanto emerge dalla prima ricerca italiana di Medicina narrativa su scala nazionale, realizzata da Fondazione Istud in collaborazione con la onlus, con il supporto incondizionato di AbbVie.

Il progetto nasce con l'intento di raccogliere, attraverso i racconti di 149 famiglie, gli spunti relativi al vissuto, alle richieste, alle esigenze e aspettative. «Durante l'ospedalizzazione prolungata l'accesso al reparto, garantito ai genitori 24 ore su 24, dovrebbe essere un aspetto ineludibile dell'assistenza ai bambini nati pretermine», aggiunge Martina Bruscaignin. Successivamente alla dimissione solo nel 10 per cento dei casi viene offerto un supporto a domicilio.

**Antonio Caperna**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MEDICINA

## Rallentare la quarta età: c'è una nuova strategia

MASSARELLI PAGINA 34

# L'infiammazione cronica che ci fa invecchiare senza sosta

La lezione di Franceschi: cambia la prospettiva di un processo ancora enigmatico  
Una chiave sono le neurodegenerazioni, al centro del progetto europeo "Propag-Aging"

**Claudio  
Franceschi**  
Immunologo

**RUOLO:** È PROFESSORE  
DI IMMUNOLOGIA ALL'UNIVERSITÀ  
DI BOLOGNA  
**RICERCHE:** È IL PIONIERE  
DEGLI STUDI SUI CENTENARI



STEFANO MASSARELLI

«**S**enectus ipsa morbus est» - la vecchiaia è di per sé una malattia - recitavano gli antichi. In realtà si possono superare i 100 anni e rimanere in buona salute o ammalarsi prima di raggiungere la soglia dell'anzianità. Dipende da un mosaico di interazioni tra geni e ambiente, in cui si sta facendo strada una nuova ipotesi, rivoluzionaria: l'invecchiamento è legato a un lento processo infiammatorio globale dell'organismo che rappresenta la base comune di molte malattie croniche, come il diabete, la demenza o i tumori.

A pensarla così è l'immunologo e docente dell'Università di Bologna Claudio Franceschi, uno dei massimi esperti mondiali sul tema dell'invecchiamento e della longevità, pioniere degli studi sui centenari e protagonista, ieri, della conferenza «La sfida del secolo: una vita più lunga e più sana per tutti», organizzata a Torino dal Dottorato di Neuroscienze dell'Università e dal Nico, il

Neuroscience Institute Cavalieri Ottolenghi. «Le ricerche ci stanno regalando un quadro molto più complesso di quanto ci aspettavamo, in cui l'invecchiamento e le patologie associate appaiono come il risultato di un'infiammazione cronica di basso grado che aumenta con l'età e non riconducibile a infezioni specifiche», spiega Franceschi. È la teoria dell'«inflammaging» - concetto che riassume la relazione tra infiammazione («inflammation») e invecchiamento («aging») - in cui l'avanzare dell'età rappresenta la radice della malattia, la quale è in grado di accelerare l'invecchiamento stesso, innescando un vortice senza ritorno.

**Visione innovativa.** È su questa base che la Commissione europea ha finanziato con 6 milioni il progetto sul morbo di Parkinson e chiamato «Propag-Aging», coordinato dallo stesso Franceschi e dall'Isnh, l'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna. L'iniziativa coinvolge i migliori centri di ricerca europei - tra cui lo University College di Londra, l'Università di Cambridge e il Karolinska Institutet svedese - con l'obiettivo di identificare i marcatori molecolari del Parkinson per migliorarne la diagnosi, la prognosi e la terapia, evidenziandone anche le relazioni con il processo di invecchiamento, che, com'è noto, rappresenta il principale fattore di rischio del morbo. «Abbiamo adottato un approccio nuovo e cercheremo di identificare le basi della malat-

tia nei processi di invecchiamento, utilizzando le tecnologie più avanzate e confrontando pazienti malati di Parkinson con centenari che non hanno il morbo», sottolinea Franceschi. La visione innovativa sta anche nell'osservare la malattia degenerativa da una prospettiva diversa, senza focalizzarsi solo sul cervello, ma allargandosi all'organismo (e da qui il nome «Propag-Aging»).

**I geni «cattivi».** Un aspetto confortante di questa «visione integrata» età-malattie sta nel fatto che, intervenendo con un corretto stile di vita, è possibile arginare i processi infiammatori e prevenire lo sviluppo delle malattie stesse. «Gli stimoli ambientali, come l'esercizio fisico o la nutrizione, possono avere un'influenza rilevante nel modificare l'espressione genica e il funzionamento del Dna, attivando e spegnendo geni - sottolinea Franceschi -. Inoltre il Genoma non si limita alle catene di Dna presenti nel nucleo cellulare, ma è rappresentato anche dal Dna mitocondriale (al di fuori del nucleo ed ereditato dalla madre) e dal Genoma dei trilioni di batteri che popolano l'intestino e che pesano circa un chilo: un patrimonio genetico circa 100 volte superiore a quello delle nostre



cellule». È su questa immensa popolazione di organismi che vivono in simbiosi con noi che si pensa di intervenire per migliorare la salute nel lungo termine, per esempio attraverso l'esercizio fisico e una corretta alimentazione.

**Dieta mediterranea.** Un punto cruciale della nuova visione è rappresentato proprio dal cibo, attraverso cui sembra sempre più possibile contrastare, o almeno rallentare, i processi di invecchiamento. È questa l'ipotesi di partenza del progetto europeo «Nu-Age», coordinato dallo stesso Franceschi, che punta a verificare quanto un approccio integrato alla dieta mediterranea sia in grado di modificare il funzionamento del Dna. Iniziato nel 2011, «Nu-Age» ha preso in esame un campione di «over 65» che sono stati invitati a seguire uno specifico regime di dieta, ricco di verdure e cereali integrali e povero di carne, sottoponendoli a test genetici e molecolari. Per la rivista «Nature» è una ricerca d'assoluta avanguardia. I risultati sono attesi già per i prossimi mesi.

## Contro il Parkinson

■ Dalla farmacologia alla neuromodulazione, dagli strumenti hi-tech per la neuroriabilitazione alle strategie fisioterapiche della danza: sono tante le novità diagnostico-terapeutiche e di gestione dei malati di Parkinson. A raccontarle, a Torino, il primo congresso «Accademia Limpe-Dismov per lo Studio della Malattia di Parkinson e dei Disordini del Movimento».

## Il mese del sorriso



### Ottobre dal dentista le visite sono gratuite

Ottobre è il mese della prevenzione dentale, da 35 anni un appuntamento fisso delle famiglie con i dentisti dell'Andi (Associazione nazionale dentisti italiani). Sarà possibile prenotare una visita odontoiatrica gratuita da uno degli odontoiatri Andi che aderiscono all'iniziativa (oltre diecimila). Per fissare un appuntamento si può chiamare il numero verde 800.800.121 o consultare il sito [www.andi.it](http://www.andi.it). L'iniziativa è organizzata in collaborazione con Mentadent. Quest'anno sarà possibile effettuare, sempre gratuitamente, il test del pH salivare. La nostra saliva è uno dei più importanti sistemi di difesa della salute del cavo orale e la sua composizione ha un pH neutro con valori da 6,5 a 7,5. Quando questi valori variano in modo estremo e persistente, denti e gengive possono ammalarsi più facilmente: il test è quindi utile per tenere sotto controllo la salute del cavo orale ed evitare l'insorgere di gengiviti, dovute alla formazione del tartaro, oppure l'innescio di processi cariogeni.

