

Sanità, tagli per un miliardo Ecco la ricetta delle Regioni

IL CONFRONTO

ROMA «Non ci sottraiamo all'impegno di fare uno sforzo ma c'è una soglia oltre alla quale non si può andare». A tarda sera un governatore che ha partecipato alla conferenza Stato-regioni fissata per elaborare una controproposta al governo sui tagli agli enti locali, riassume l'umore che serpeggia tra gli amministratori. Quei 4 miliardi di risparmi (7,2 se si conteggiano le manovre passate dei governi Monti e Letta, gli sgravi Irap e la riduzione dei fondi comunitari) vengono giudicati un sacrificio inaccettabile per far funzionare la macchina. «A meno che non si vogliano soffocare servizi fondamentali».

DOSSIER

Così i presidenti di regione, coordinati dall'assessore all'economia della Lombardia, Massimo Garavaglia, stanno mettendo a punto un articolato dossier da presentare a Palazzo Chigi per correggere la dura impostazione della legge di

Stabilità. E c'è chi come il presidente del Lazio, Nicola Zingaretti, prova a mediare, dopo essere stato in prima fila a guidare la rivolta dei governatori. Ieri il «suo» assessore al Bilancio, Alessandra Sartore, ha fatto il punto: «Con le altre Regioni abbiamo analizzato gli ambiti delle materie di nostra competenza su cui confrontarci con il governo per arricchire e rendere più sostenibile la manovra. Non ci tiriamo fuori dal percorso di riequilibrio dei conti di finanza pubblica: siamo l'unico livello di governo ad anticipare al 2015 il pareggio di bilancio».

È la sanità il nodo centrale. I governatori sono pronti a fare la loro parte promettendo, con una applicazione rigida e universale dei costi standard e una riduzione dei centri di spesa, tagli per 1 miliardo. Una cifra importante visto che la dotazione delle regioni, in materia, vale 30 dei 110 miliardi. In cambio, le regioni chiederanno al premier Renzi di recuperare «risorse vaganti» per gli investimenti nell'edilizia sanitaria attingendo al fondo creato nel 1988. «Se riusciamo a

sistemare gli ospedali - ragiona il governatore di una regione dell'Italia centrale - miglioriamo le infrastrutture e in prospettiva riduciamo i costi». «Con il premier le regioni non hanno mai cercato lo scontro ma il confronto e speriamo di portare nei tempi utili le proposte in Parlamento» ha spiegato il presidente della Conferenza delle regioni Sergio Chiamparino. Proposte nelle quali dovrebbe trovare posto anche una razionalizzazione del fondo per il Trasporto pubblico locale. Sintetizza l'assessore Sartore: «Sul tavolo ci sono varie richieste tra cui l'efficientamento della spesa corrente in tutti i settori: nella sanità, nel trasporto pubblico locale, nelle società. E' importante per noi, e a cascata per i comuni e le aziende, che vengano rilanciati gli investimenti, e maggiore respiro potrebbe arrivare anche dal rifinanziamento del patto di stabilità incentivato verticale a favore dei comuni».

**Michele Di Branco
 Mauro Evangelisti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I GOVERNATORI PRONTI
 A PRESENTARE
 AL GOVERNO UN PIANO
 PIÙ MORBIDO RISPETTO
 A QUELLO PREVISTO
 DALLA LEGGE DI STABILITÀ**



Sergio Chiamparino



I governatori. Le otto proposte anti-tagli

Sanità e partecipate, le Regioni rilanciano

Roberto Turno

■ Riqualficare la spesa corrente, dalla sanità alle partecipate. Rilanciare gli investimenti anche sanitari. Accelerare i pagamenti e anticipare il pareggio dei bilanci al 2015. «Razionalizzare» il fondo per il trasporto locale e «ottimizzare» i flussi finanziari dallo Stato. E costi standard a raffica, ma per tutti. È una proposta in otto punti chiave quella che i governatori hanno preparato per il Governo nella spinosa trattativa sui tagli da 4 miliardi previsti a loro carico dalla manovra 2015.

Una proposta per il momento messa a punto sui titoli degli interventi, non ancora sugli effettivi contenuti. Che verranno svelati soltanto nel momento in cui, dalla prossima settimana, le parti si incontreranno per trattare, in attesa della convocazione che arriverà da Palazzo Chigi.

Stanno per questo ancora abbottonati i governatori, in attesa di capire gli spazi di incontro possibili, ma sanno bene che difficilmente l'entità del taglio sarà attenuata. Anche se è ben chiaro che qualcosa dovrà essere ceduto sulla sanità. A cominciare da un'anticipazione del «Patto 2014-2016». Un risparmio di almeno 1 miliardo, infatti, è sotto sotto già messo in cantiere. E non è un caso che la premessa degli 8 punti della loro proposta parta dalla garanzia del «concorso positivo delle regioni alla manovra di finanza pubblica». Come dire: non ci tiriamo indietro, ma anche lo Stato faccia, altret-

tanto. Per la sanità potrebbe esserci ad esempio lo scambio risparmi-maggiori investimenti. Mentre sull'accelerazione in genere dei pagamenti si chiede di «attivare una sinergia tra Stato, regioni ed enti locali» attraverso il Patto di stabilità verticale, incentivato per «immettere liquidità a favore delle imprese per gli investimenti pubblici».

«Abbiamo messo in fila tutte le nostre proposte. Ho buone ragioni per ritenere che nei prossimi giorni partirà il tavolo col Governo e che si possano condividere delle proposte che rendano per tutti sostenibile la manovra», ha detto ieri il rappresentante dei governatori, Sergio Chiamparino. Mentre le regioni preparano modifiche ai capitoli sul sociale della manovra: 100 milioni in più ai servizi per la prima infanzia (asili nido), un diverso uso (col nuovo Isee) della social card, 350 milioni alle disabilità.

Le regioni hanno però altre grane, a partire dal "dossier Molise", al quale la manovra assegna 40 milioni per uscire dal baratro e commissariarla, se possibile, due volte. Un "regalo" che però non piace a tutte le regioni: l'Economia ha ammesso che il debito del Molise, dove sono state appena confermate le maxi-addizionali, richiede «interventi pari al 62%» del finanziamento alla sua sanità. Un deficit progressivo che, se paragonato alla Lombardia, sarebbe pari a quasi 11 miliardi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INTERVISTA. LUCA PANI, DIRETTORE DELL'AIFA

«In Italia c'è scarsa cultura del farmaco»

Un medico cagliaritano guida uno degli enti pubblici più importanti del Sistema sanitario nazionale. Luca Pani è il direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco, il ramo del ministero della Salute che decide cosa può essere distribuito nelle farmacie, come deve essere venduto e se, eventualmente, deve essere ritirato dal commercio. Un compito gravoso su cui vigila lo psichiatra sardo esperto in farmacologia e biologia molecolare, arrivato alla guida dell'Agenzia dopo aver fatto il rappresentante italiano presso l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA).

Pani spiega sinteticamente i compiti di Aifa: «Ci occupiamo sia dal punto di vista clinico che economico, di tutti i farmaci che gli italiani utilizzano giornalmente. Non stiamo parlando di poca cosa. In Italia circolano circa 1,8 miliardi di confezioni per anno con una spesa globale che, comprendendo anche i farmaci da banco, sfiora i 30 miliardi di euro». Il rapporto degli italiani con compresse e sciroppi può essere molto pericoloso. Non a caso l'ultima campagna di comunicazione istituzionale dell'Agenzia invita a non somministrare ai bambini farmaci studiati per gli adulti. Il direttore generale racconta come si comportano i pazienti del Belpaese: «Esiste una relazione tra medici, pazienti e farmaci molto diversa tra le Regioni e non sempre giustificata dalla prevalenza delle malattie o da motivazioni obiettive. L'uso degli antibiotici, inadeguato in quasi tutto il Paese è persino peggiore nel Mezzogiorno. L'uso degli antiacidi, degli antidolorifici, dei farmaci per l'osteoporosi, tanto per citarne alcuni, segue la stessa incomprensibile erraticità che ci fa sospettare una scarsa "cultura del farmaco" e una non adeguata consapevolezza di come impiegare in modo opportuno questo grande bene che il Sistema sanitario continua a dispensare gratuitamente. Un dato che riguarda ormai davvero pochi Paesi al mondo».

Il numero uno di Aifa è stretto quotidianamente in un grande gioco di interessi contrapposti; da una parte ci sono le aziende farmaceutiche, dall'altra le associazioni dei pazienti e i medici: «Viviamo perennemente tra l'incudine e il martello. Da un lato se ritardiamo l'accesso ai farmaci, innovativi o meno, siamo nemici dei pazienti ma, se li acceleriamo, siamo amici dell'industria. Dobbiamo conciliare queste due esigenze, abbiamo scelto di farlo aumentando il livello di trasparenza di tutte le nostre procedure ed è il secondo anno di seguito che la Presidenza del Consiglio ci premia come amministrazione pubblica più trasparente. Non ci sentiamo "potenti" anche se probabilmente nell'immaginario collettivo lo siamo, ci sentiamo - piuttosto - molto consapevoli di grandi responsabilità, di cui dobbiamo rispondere, ogni giorno». Gli open data continueranno ad essere protagonisti nella gestione di Aifa, entro il 2015 saranno resi pubblici gli algoritmi adottati per decidere quando un farmaco è innovativo e quale dovrebbe essere il suo valore economico.

La spesa farmaceutica rischia di rappresentare un problema per la sostenibilità del Sistema sanitario. Pani rimarca però che non ci si può fermare al dato numerico: «Se un farmaco dimostra, in modo certo e certificato, che mediante il suo impiego si risparmiano ricoveri, esami diagnostici o persino trapianti, tutto questo valore deve essere reinvestito e ottimizzato per evitare sprechi o prescrizioni inutili». Tra mille difficoltà il "Made in Italy" del farmaco continua ad essere uno dei comparti più importanti della nostra economia: «Abbiamo punte di eccellenza nella ricerca e nella manifattura. L'export segna aumenti a due cifre e anche la Sardegna ha le carte in regola per apportare il proprio contributo».

Matteo Mascia

RIPRODUZIONE RISERVATA



[Stampa l'articolo](#) [Chiudi](#)

30 ottobre 2014

Legge Comunitaria 2013: riposi standard per i dirigenti Ssn

di Luigi Caiazza (da Il Sole-24 Ore di oggi)

Tra circa un anno scadrà la deroga in merito all'orario di lavoro e ai riposi del personale delle aree dirigenziali degli enti e delle Asl del servizio sanitario nazionale. L'articolo 14 della legge comunitaria, in attesa di pubblicazione sulla «Gazzetta ufficiale», ha previsto che decorsi dodici mesi dall'entrata in vigore della norma stessa, sono abrogati il comma 13 dell'articolo 41 del decreto legge 112/2008 e il comma 6 bis dell'articolo 17 del Dlgs 66/2003.

Il comma 6 bis stabilisce che le undici ore consecutive di riposo giornaliero non si applicano al personale del ruolo sanitario del servizio sanitario nazionale (Ssn), per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della salute e sicurezza.

Successivamente l'articolo 41, comma 13 del DI 112/2008 ha rimodulato il Dlgs 66/2003 e stabilito che al personale delle aree dirigenziali degli enti e delle Asl, in ragione della qualifica posseduta e delle necessità di conformare l'impegno di servizio al pieno esercizio della responsabilità propria dell'incarico dirigenziale affidato, non si applicano le disposizioni di cui agli articoli 4 (durata massima dell'orario di lavoro) e 7 del Dlgs 66/2003, demandando ancora una volta alla disciplina contrattuale le idonee modalità atte a garantire la tutela psicofisica di tali categorie di lavoratori.

La scelta del legislatore italiano non è però passata inosservata alla Commissione europea che, già nell'aprile 2012, aveva richiamato il governo italiano a uniformarsi alla direttiva 88/2003/Ce, la quale disciplina le tutele di tutti i lavoratori e, quindi, anche se dipendenti del Ssn. Del resto, come si è fatto rilevare, la legislazione italiana non poteva demandare alla contrattazione collettiva la disciplina di una disposizione stabilita con apposita direttiva comunitaria.

Per far fronte alle conseguenze derivanti dall'abrogazione delle deroghe, lo stesso articolo 14 della legge comunitaria stabilisce che le Regioni e Province autonome vi provvederanno attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili attuando appositi processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture e dei servizi.

Al fine poi di garantire la continuità nell'erogazione dei servizi essenziali delle prestazioni, saranno ancora una volta i contratti collettivi nazionali di comparto a disciplinare le deroghe alle disposizioni in materia di riposo giornaliero del personale del Ssn preposto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento e alle cure, prevedendo equivalenti periodi di riposo compensativo immediatamente successivi al lavoro, ovvero, in caso di impossibilità, adeguate misure di protezione del personale stesso.

Nelle more di rinnovo dei contratti collettivi vigenti, le disposizioni contrattuali in materia di durata settimanale dell'orario di lavoro e del riposo giornaliero, attuative dell'articolo 41, comma 13, del DI 112/2008 cessano di avere applicazione 12 mesi dopo dall'entrata in vigore della legge comunitaria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

30 ottobre 2014

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

Milano. La mamma è clinicamente morta I medici lottano per la sopravvivenza del feto

Milano. Stanno mettendo in campo ogni sforzo i medici dell'Ospedale San Raffaele di Milano per tenere in vita, nel grembo di una donna cerebralmente morta, un feto di 24 settimane. Ci vorrà circa un mese per poter arrivare ad un parto cesareo. Si tratta di una delicata lotta per la sopravvivenza che ha pochi precedenti nella storia della medicina. La 36enne trasportata nel nosocomio milanese, a seguito di un'emorragia fulminante che l'ha colpita la scorsa settimana, ha l'encefalogramma piatto. Una sonda nell'intestino materno permet-

te al bimbo di essere alimentato mentre la ventilazione artificiale garantisce l'apporto di ossigeno. È come se il corpo della mamma si fosse trasformato in un'incubatrice per proteggere il figlio. A 24 settimane inizia a formarsi la corteccia cerebrale ed è possibile sperare nella sopravvivenza anche se il caso presenta non pochi elementi di rischio. L'ospedale e i medici direttamente interessati, comunque, proteggono la famiglia della donna dietro uno stretto riserbo, anche per rispettare il dolore dei parenti, che hanno chiesto agli specialisti di portare avanti la gravidanza e provare così a salvare la vita del bambino.



R2/LA SCIENZA

Il paese degli ipocondriaci è boom degli esami superflui

MICHELE BOCCI

Dal cardiologo all'oculista, fra il 2005 e il 2013 le visite sono cresciute di settanta milioni

Italiani malati immaginari dal medico 8 volte l'anno

MICHELE BOCCI

IL CARDIOLOGO lunedì mattina, il neurologo tra venti giorni per fissare quell'esame e ovviamente, in mezzo, un paio di passaggi dal medico di famiglia. Quello che sembrerebbe un programma di accertamenti piuttosto intenso è uno schema di routine per molti. Gli italiani hanno paura delle malattie, così si rivolgono in modo sempre più massiccio ai medici per sapere come stanno. Si muovono in massa, senza accennare a ridurre le loro richieste salvo quando ci sono di mezzo molti soldi. Dal 2005 al 2013, cioè nel giro di otto anni, nel nostro Paese sono state fatte 34 milioni di visite specialistiche in più, toccando il dato record di 200 milioni. Se nel conto si mettono anche i medici di famiglia e i pediatri la crescita raggiunge i 70 milioni, e il dato finale sale a 480 milioni di visite, cioè otto all'anno in media per ciascun italiano. Anche gli esami sono in aumento, di quattro milioni, e ogni mille persone ce ne sono 200 in

più che ogni giorno prendono un farmaco. L'unica cosa che cala sono le visite odontoiatriche, 16 milioni in meno. Sedersi sulla poltrona del dentista è molto costoso, e in tanti stanno lontani.

I dati arrivano dall'indagine multiscopo dell'Istat, basata sull'analisi di un campione molto ampio. E tirano in ballo anche un problema che ormai ha cambiato nome ma non la sua importanza: l'ipocondria. Oggi viene detta ansia da malattia, e spinge le persone ad andare dal dottore anche 10 volte in un mese, al minimo sintomo. «Non sono malati immaginari — spiega Stefania Durando, psicologa psicoterapeuta dell'Istituto Watson di Torino — Qualcosa che li mette a disagio c'è ma a differenza di altre persone, che aspettano un po' per capire se il dolorino o un certo sintomo passano, vanno subito dal medico. Si allarmano per qualunque cosa». Questo disturbo è parente stretto della patofobia, che si presenta quando la paura della malattia spinge a evitare qualunque tipo di assistenza, e della somatizzazione. «Quest'ultima è tipica nell'ansia

— dice sempre Durando — ed è in grado di creare problemi fisici reali. Sono tutte componenti che hanno il loro peso nell'aumento della richiesta degli esami e delle visite specialistiche, e anche nel consumo di farmaci». Ma la responsabilità di questa crescita non può essere solo dei cittadini, bombardati come sono da mille stimoli che li invitano a consumare prestazioni sanitarie: giornate dedicate alle malattie, pubblicità di disturbi di vario genere, campagne di sensibilizzazione, e più in generale una pressione a stare sempre bene ad essere sempre in forma, a non saltare un giorno di lavoro. «L'ambiente ci condiziona — dice sempre Durando — Noi esseri umani veniamo facilmente aggrediti dal senso di colpa. Se la televisione mi dice che è utile fare determinati accertamenti, prima che mi succeda qualcosa e mi ritrovi a dire "l'avevano spiegato in tv", mi muovo». Sandra Vernerò è una anestesista tra i fondatori del movimento Slow medicine, che promuove una maggiore attenzione nelle prescrizioni da parte dei professionisti. «Spesso la medicina difensiva spinge i

medici a richiedere esami e visite inutili, per paura di sbagliare. Esiste una comunicazione continua che sottolinea come sia sempre meglio fare più esami, per scoprire prima le malattie. Si generano ansie ed aspettative anche eccessive nella medicina. E poi si parla di prevenzione quando in realtà spesso si intendono screening, cioè esami che servono a intercettare presto le malattie. Sbagliato, per evitare che i problemi nascano bisogna insistere sugli stili di vita, come l'alimentazione». Cesare Cislighi, economista sanitario dell'Agens, l'agenzia nazionale per i servizi alle Regioni, spiega che il consumismo sanitario è dovuto a due fattori. «Da una parte un atteggiamento culturale che porta a dare sempre più importanza alla salute, al benessere. E così si fanno visite, magari si cercano secondi pareri sullo stesso esame. Dall'altra ci sono medici, in particolare quelli di famiglia, che mandano più spesso i pazienti dagli specialisti perché non decidono». E così rispetto a pochi anni fa, ogni italiano fa in media oltre una visita in più ogni 12 mesi.



Farmaci: è generico 1 su 3, ma attenzione all'uso corretto

Roma, 28 ott. (AdnKronos Salute) - Dal 2000 a oggi i generici hanno consentito un risparmio di 4 miliardi di euro e oggi rappresentano il 22% della spesa farmaceutica rimborsata dal Ssn e il 31% delle confezioni vendute in farmacia, con la tendenza a un continuo aumento del 10% l'anno. Insomma, è generico un farmaco acquistato su tre, ma questi medicinali devono essere usati in modo corretto, efficace e sicuro per essere davvero 'equivalenti' ai farmaci di cui dovrebbero essere la copia: lo hanno sottolineato i medici riuniti per il 115esimo

Congresso nazionale della Società italiana di medicina interna (Simi), presieduta da Gino Roberto Corazza, appena concluso a Roma. Alcuni elementi di criticità, spiega la Simi, devono essere sempre tenuti in considerazione quando si prescrive un generico. La bioequivalenza, che può essere maggiore o inferiore del 20% rispetto al 'modello', e la presenza di eccipienti diversi anche fra generici di uno stesso principio attivo, che può modificarne l'assorbimento con possibili ricadute sugli effetti del prodotto, sono due elementi da valutare al momento della prescrizione, soprattutto in caso di pazienti con un metabolismo diverso come gli anziani o i bambini. Da ottimizzare anche le procedure di registrazione e di farmacovigilanza, per prodotti dalla qualità sempre più garantita. Gli esperti propongono di richiedere studi di bioequivalenza più appropriati prima dell'immissione sul mercato dei nuovi generici e una farmacovigilanza attenta, per una più stretta collaborazione tra autorità sanitarie, operatori sanitari e cittadini nella individuazione e segnalazione di eventuali effetti collaterali dovuti all'uso degli equivalenti. "I generici sono una risorsa insostituibile: non c'è dubbio che abbiano contribuito a calmierare i prezzi e a ridurre il costo dei medicinali sia per le famiglie che per lo Stato. Tuttavia occorre fare attenzione ad alcuni 'elementi critici' per far sì che il loro uso sia corretto, efficace e sicuro", osserva Franco Perticone, presidente eletto Simi. Innanzitutto, "la biodisponibilità di un generico può variare anche del 20% in più o in meno rispetto al farmaco di partenza: una 'forbice' anche del 40% che per alcune patologie può non essere tollerabile, come ad esempio nel paziente con aritmia cardiaca, per cui la terapia va dosata e modulata con molta precisione per avere la massima efficacia con i minori effetti collaterali. Con l'ulteriore conseguenza che gli 'equivalenti' non sono tali necessariamente tra di loro e l'eventuale passaggio dall'uno all'altro può rappresentare un 'salto nel buio' in termini di efficacia e sicurezza", aggiunge. Per farmaci generici che si posizionano agli estremi della 'forbice' "può accadere che, pur essendo equivalenti al farmaco originatore di riferimento, non lo siano tra di loro: tale pericolo - spiega - è maggiore per farmaci con un indice terapeutico ridotto. Anche la presenza di eccipienti diversi dall'originale, differenti peraltro pure fra le

varie tipologie dello stesso principio attivo generico disponibili sul mercato, può modificare l'assorbimento, la biodisponibilità e, in ultima analisi, l'azione del prodotto. Inoltre, gli eccipienti possono perfino riservare brutte sorprese: alcuni, come l'amido di frumento, possono creare problemi ai celiaci e altri ancora possono provocare allergie". Problemi che riguardano soprattutto bambini e anziani, soggetti con un metabolismo diverso da quello dell'adulto, ovvero il riferimento su cui vengono condotti gli studi di bioequivalenza per avere l'autorizzazione al commercio. Gli stessi studi di bioequivalenza, effettuati in media su 24-36 adulti sani, secondo gli esperti dovrebbero essere migliorati e approfonditi, ad esempio estendendoli ad altre tipologie di soggetti con patologie croniche e rappresentativi del contesto clinico d'impiego, per capire l'effettiva efficacia dei generici nelle condizioni reali di utilizzo. "Le richieste quali-quantitative per l'immissione sul mercato di questi farmaci, pur essendo consistenti, non sono uguali a quelle per il farmaco originatore - spiega ancora Perticone - Oggi di un generico sappiamo solo che vi possono essere differenze nelle concentrazioni ematiche del farmaco senza sapere come si traducono in eventuali differenze di efficacia".

ETEROLOGA: LORENZIN, NO A LIMITE 43 ANNI PER DONNA

MINISTRO, SI DEVONO USARE LE REGOLE DELL'OMOLOGA

Per l'età delle donne che si sottopongono alla fecondazione eterologa sarebbe meglio utilizzare le norme dell'omologa, secondo cui è il medico che decide caso per caso, piuttosto che il limite di 43 anni imposto dalla Regione Toscana. Lo ha affermato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin rispondendo al question time alla Camera. "Ricordo che i miei uffici hanno messo a punto un decreto per garantire sicurezza e qualità delle procedure - ha affermato - ma il Governo ha ritenuto di rimettere la questione all'iniziativa parlamentare che ho già caldeggiato e la cui urgenza colgo l'occasione per ribadire. Nella proposta di legge era previsto un registro nazionale donatori, mentre non era invece previsto un limite di età di 43 anni per la donna ricevente. Ritengo che si debbano utilizzare le regole dell'omologa, dove è il medico che decide caso per caso". Il ministero, ha aggiunto Lorenzin, sta lavorando a dei regolamenti sul tema. "Il ministero sta lavorando al recepimento per via normativa delle disposizioni europee sulle cellule riproduttive - ha aggiunto -. Sto anche valutando di offrire agli operatori dei documenti, sotto la forma dei positon paper dedicati, per garantire la qualità e la sicurezza dei centri di Procreazione Medicalmente Assistita, anche alla luce delle imminenti regolamentazioni europee su tessuti e cellule. Quando sarà definito un quadro legislativo almeno con un registro nazionale donatori saranno avviate delle campagne specifiche su questo tema".

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 30 OTTOBRE 2014

Stabilità: Commissione Bilancio stralcia verifica inidonei in sanità, cumulabilità stipendi e 10mln per terra dei fuochi

La commissione Bilancio della Camera ha stralciato una serie di commi della Legge di Stabilità considerati microsettoriali oppure ordinamentali, quindi "incompatibili" con la manovra di Bilancio. Per la sanità salta l'articolo 41 (inidonei), il comma 8 dell'articolo 21 (stipendi del personale ministero) e 10mln terra dei fuochi. [LEGGE DI STABILITA' 2015](#), [RELAZIONE ILLUSTRATIVA](#)

La legge di stabilità perde una serie di commi considerati "microsettoriali" oppure ordinamentali e quindi "incompatibili" con la manovra di Bilancio. Lo ha deciso la Commissione Bilancio della Camera che ha lavorato al testo insieme agli uffici della Presidenza. Le decisioni assunte saranno quindi sottoposte all'attenzione della presidente Boldrini.

Ecco le norme stralciate dalla Legge di Stabilità che riguardano la sanità.

Inidonei: Salta l'articolo 41, che, al fine di dare attuazione alla verifica straordinaria nei confronti del personale sanitario dichiarato inidoneo alla mansione specifica, consente l'effettivo avvio delle attività di verifica, di cui si prevede la conclusione entro la fine dell'anno 2015.

Cumulabilità: Salta il comma 8 dell'articolo 21 che riguarda la cumulabilità dei trattamenti accessori per il personale non appartenente al ruolo sanitario di livello dirigenziale del Ministero della sanità. –

Terre dei fuochi: stralciato anche il comma 20 dell'articolo 17 che autorizzava una spesa di 10 milioni per gli anni dal 2015 al 2017. Il comma è stato definito di Carattere "organizzatorio".

Un fungo giapponese efficace contro l'infezione da HPV

I risultati di uno studio pilota umano presentati alla riunione SIO a Houston, mostra che un estratto da un fungo giapponese, o AHCC, ha letteralmente sradicato l'infezione da virus del papilloma umano, o HPV, nelle donne



Grazie a un fungo giapponese, e al suo estratto, potrebbe essere possibile curare l'infezione da virus del papilloma umano, o HPV, che è stata correlata anche a diversi tipi di cancro. I risultati di questa nuova ricerca sono stati presentati alla *Society for Integrative Oncology (SIO) 11th International Conference di Houston*. E mostrano per la prima volta che è possibile eliminare l'infezione da HPV nelle donne con un integratore nutrizionale prontamente disponibile, chiamato AHCC (*Active Hexose Correlated Compound*).

«L'HPV è associato con il 99% dei tumori della cervice, così come molti altri tipi di tumore a rischio di vita – ha spiegato la dott.ssa Judith A. Smith, principale autore dello studio – I pazienti che vengono a sapere di avere l'HPV, e loro medici, sono comprensibilmente frustrati, perché **tutto ciò che possiamo fare è monitorare i cambiamenti anomali associati al cancro**. Ciò di cui abbiamo bisogno è un trattamento sicuro ed efficace per l'HPV prima che si sviluppi il cancro».

La dottoressa Smith, Professore associato presso il Dipartimento di Ostetricia, Ginecologia e Scienze della Riproduzione presso l'Università del Texas Health Science Center a Houston (UTHealth) Medical School, ha coinvolto con il suo team dieci donne che sono state diagnosticate come HPV-positive con il Cervista HPV HR test. **Tutte le partecipanti sono state trattate per via orale con l'estratto di fungo giapponese AHCC**, una volta al giorno, per un massimo di 6 mesi. Al termine del periodo di trattamento, 5 pazienti hanno ottenuto un risultato negativo nel test HPV. Tre hanno mostrato un'eradicazione totale del virus, dopo la sospensione della cura con l'AHCC. Infine, altre due pazienti hanno continuato la cura.

«Con questo studio, per la prima volta, abbiamo dimostrato che è possibile sradicare l'HPV in donne che utilizzano l'AHCC anche solo per 3 mesi o fino a 6 mesi – ha sottolineato la dott.ssa Smith – Abbiamo studiato **l'efficacia dell'integrazione di AHCC** con agenti chemioterapici comuni per oltre un decennio, e avevamo già sradicato con l'AHCC l'infezione da HPV in tre modelli di ratto ortotopico. Questo studio conferma i precedenti risultati».

L'estratto AHCC lavora con il principio dell'immunoterapia, che sfrutta il sistema immunitario del proprio corpo per aiutare a combattere la malattia. Studi su esseri umani e in vivo hanno dimostrato che **l'AHCC aumenta il numero e/o l'attività delle cellule Natural Killer (NK), delle cellule dendritiche, e delle citochine**, che permettono al corpo di rispondere in modo efficace alle infezioni e bloccare la proliferazione dei tumori.

I risultati della ricerca della dottoressa Smith sono stati scelti per la presentazione nella sessione "Best of SIO", svoltasi il 28 ottobre 2014, tra un numero record di abstract presentati per questa XI Conferenza Internazionale della Society for Integrative Oncology, l'organizzazione leader a livello mondiale dedicata alla medicina integrativa specifica per i malati di cancro.

L'infezione da papillomavirus umano HPV è una malattia sessualmente trasmessa. E' uno dei più diffusi e comuni virus negli Stati Uniti e nel mondo occidentale. Fino al 70% di adulti sessualmente attivi acquisirà l'HPV a un certo punto della loro vita, si legge nel comunicato dell'AHCC Research Association. **Il DNA del papillomavirus umano è stato rilevato nel 99,7% delle biopsie di cancro cervicale**, ottenendo il più grande rapporto causale di qualsiasi tipo di cancro [1]. Secondo i Centers for Disease Control, molti altri tipi di cancro sono correlati all'HPV, tra cui il 95% di cancro anale, il 60% cento di cancro orofaringeo, il 65% di cancro vaginale, il 50% di cancro della vulva e il 35% di cancro del pene.

A proposito di AHCC

AHCC (*Active Hexose Correlated Compound*) è un composto immunitario modulante naturale derivato da una frazione unica, appositamente coltivata, di miceli dei funghi medicinali che è stato clinicamente dimostrato rafforzare il sistema immunitario del corpo. AHCC è supportato da oltre 20 studi clinici umani e da più di 40 pubblicazioni su riviste PubMed indicizzate. Negli ultimi dieci anni, AHCC è stato ampiamente utilizzato come ingrediente di integratori alimentari. Studi sull'uomo e sugli animali hanno dimostrato che AHCC aumenta il numero e l'attività dei Natural Killer (NK), cellule dendritiche e citochine, e che supporta la risposta immunitaria complessiva.

<http://www.lastampa.it/2014/10/31/scienza/benessere/medicina/un-fungo-giapponese-efficace-contro-linfezione-da-hpv-7fX3chiCeOSNwcs415HvVK/pagina.html>

Il virus Ebola «sbarca» a Pratica di Mare

Tutti i militari Usa di ritorno dall'Africa atterreranno nello scalo laziale In Veneto altri 34 soldati in isolamento. Zaia: la quarantena a casa loro

Alessandra Zavatta
a.zavatta@iltempo.it

■ Sbarcheranno tutti a Pratica di Mare i soldati americani di ritorno dal «fronte Ebola». E, se qualcuno sarà malato o ci saranno casi di sospetto contagio, verranno trasportati d'urgenza all'Istituto per le malattie infettive «Lazzaro Spallanzani», a Roma. Lo prevede il protocollo firmato dai Ministeri della Difesa e della Salute con il governo americano.

Gli undici militari guidati dal generale Darryl Williams arrivati lunedì sono passati a Pratica di Mare. Qui l'aereo proveniente da Monrovia è atterrato, a bordo sono saliti medici dell'Aeronautica militare italiana esperti di biocontenimento che hanno effettuato i controlli di rito a caccia di eventuali contagiati. Per fortuna non ce n'erano, il jet è ripartito per Aviano e dai soldati sono stati

accompagnati con un bus a Camp Ederle, la base militare statunitense a Vicenza dove vivono. Stesso iter per i 34 soldati arrivati due giorni dopo, sempre da Monrovia. Per il fine settimana ne sbarcheranno altri 45 perché l'Africom, il comando Usa che sovrintende dal 2007 alle operazioni americane nel Continente Nero, proprio a Camp Ederle ha sede e sta cambiando il personale di stanza in Liberia. Un «turn over» già programmato. Le autorità militari Usa sostengono di averli messi in quarantena «per precauzione», nonostante il test Ebola sia risultato negativo. Il presidente della Regione Veneto Luca Zaia ha inviato ieri una lettera di protesta al Presidente del Consiglio Matteo Renzi e ai Ministri della Salute, Beatrice Lorenzin, e della Difesa, Roberta Pinotti. «Non metto in dubbio l'amicizia che ci lega agli Stati Uniti, ma perché questa misura di sorve-

glianza così restrittiva, da cui potrebbero derivare dei casi sospetti, è stata adottata nel nostro territorio, piuttosto che nella Nazione di appartenenza dei militari?», si chiede Zaia. La risposta è semplice. «Quei soldati vivono in Italia, sono di stanza a Vicenza e qui dovevano tornare», spiega l'Aeronautica militare. Il governatore del Veneto vorrebbe vederli rientrare negli Usa con voli diretti dalla Liberia. Ma l'Africom gestisce dall'Italia l'intervento umanitario in Liberia per costruire 25 ospedali da campo dove effettuare screening e curare medici e infermieri infettati dal virus della febbre emorragica. Il personale che opera in Africa parte da Vicenza e non dagli States. «Il ritorno dei militari - sottolinea l'Aeronautica - non comporta rischi proprio perché vengono effettuati severissimi controlli a Pratica di Mare. Qualora dovessero venire riscontrati casi sospetti, verranno

no confinati nel campo tendato realizzato nell'aeroporto dotato di tutto il necessario e isolato dalle altre strutture. Da qui, con speciali ambulanze e barelle a tenuta stagna, verranno portati allo Spallanzani». Tute, guanti, mascherine e oggetti utilizzati per accogliere i malati nel campo verranno distrutti. Inoltre nell'area sterile acqua e fognature hanno una rete autonoma e non sono collegate alle tubature di Pratica di Mare.

Intanto la Sardegna ha costituito tre unità di crisi anti-Ebola, una a Sassari e due a Cagliari, mentre l'epidemia ha già ucciso 4.922 persone nel mondo e ne ha contagiate più di 10 mila. La Vald'Aosta ha messo in quarantena un medico di ritorno dalla Sierra Leone. Quarantena che negli States non vuole rispettare Kaci Hickox, l'infermiera sbarcata dal «fronte Ebola» e fermata all'aeroporto di Newark. Gli è stato ordinato di restare a casa per 21 giorni, ma lei non ci sta e ha iniziato una battaglia legale con lo Stato del Maine, dove risiede, per poter essere libera di uscire.





31/10/2014

CERVELLO: SCOPERTE PROVE ESISTENZA SINDROME DA FATICA CRONICA

(AGI) - Washington, 30 ott. - Il cervello dei soggetti affetti dalla sindrome da fatica cronica e' nettamente diverso da quello delle persone sane. A trovare le prove dell'esistenza di questa condizione, spesso considerata frutto della mente di persone ipocondriache, e' stato un gruppo di ricercatori della Stanford University School of Medicine in uno studio pubblicato sulla rivista Radiology. La sindrome da fatica cronica e' una patologia debilitante e invalidante caratterizzata da stanchezza e affaticamento cronici. Nonostante questo, la sua esistenza e' stata messa piu' volte in discussione. "Usando un trio di sofisticate metodologie di imaging cerebrale, abbiamo scoperto che i cervelli dei pazienti con la sindrome da fatica cronica divergono da quelli dei soggetti sani in almeno tre modi distinti", ha detto Michael Zeineh, autore dello studio. In primo luogo la materia bianca, cioe' quei fasci di fibre nervose che uniscono l'encefalo e il midollo spinale, presente nel cervello dei pazienti e' minore di quella dei soggetti sani. Non solo. Le persone con sindrome da stanchezza cronica presentano un'anomalia importante in un particolare tratto nervoso dell'emisfero destro, cioe' quello che collega il lobo frontale con il lobo temporale. Piu' il grado di anomalia e' grande, maggiore e' la gravita' della sindrome. Infine, gli scienziati hanno evidenziato un ispessimento della materia grigia nel lobo frontale e nel lobo temporale dei pazienti con la sindrome. (AGI) .

<http://scm.agi.it/index.phtml>

Così in Liberia Ebola distrugge le relazioni

di Helene Cooper

MONROVIA. È già abbastanza difficile dover tenere a distanza parenti e amici, evitando gli abbracci o anche le semplici strette di mano per riuscire a proteggersi dall'Ebola. Ma immaginatevi di cercare di non toccare la vostra bambina di due anni quando ha la febbre, vomita sangue e sta soffrendo.

Precious Diggs, che ha 33 anni e lavora nel settore della gomma, aveva sentito gli avvertimenti diffusi da innumerevoli operatori sanitari qui in Liberia. Aveva visto i cartelli disseminati lungo i 55 chilometri della strada che collega Harbel, dove lavora, alla capitale Monrovia: «L'Ebola esiste davvero ed è tra noi! Smettiamola di negare l'evidenza!».

Ma quando Rebecca, la sua bambina, ha cominciato a «farsela addosso e vomitare», non ha pensato neanche per un attimo di non provare a consolarla. «Non è niente, piccola» le ha sussurrato Precious all'orecchio. «Ti supplico, non è niente».

Qui, nel cuore della peggiore epidemia di Ebola della storia, quando ci si chiede se sia il caso di toccare o meno uno sconosciuto c'è una sola risposta possibile: no. Ma anche nei contesti più intimi, tra familiari e amici di una vita, i liberiani stanno cominciando ad allontanarsi, in contrasto con una cultura vecchia di generazioni in cui la vicinanza emotiva si esprime attraverso il contatto fisico.

La Liberia, dalle signore dell'alta borghesia che passano la giornata a spedire domestici al mercato per comprare arance, giù fino ai ragazzini che circondano le macchine lungo il Tubman Boulevard per vendere sacchetti di plastica con dentro il ghiaccio, era un Paese tattile. Tutti baciavano amici, sconosciuti e cugini, non importa se ci si vedeva ogni giorno o non ci si incontrava da anni.

Lascito delle affettazioni manierose importate due secoli fa dagli schiavi liberati che fondarono il Paese, il doppio bacio sulla guancia è il modo abituale di salutarsi. Le persone spesso si tengono per mano quando cantano gli inni nella chiesa metodista First United di Ashmun Street, la domenica, e dopo la fine

della messa a volte passa un'ora perché la congregazione si disperda, con una sequela interminabile di baci, sulle guance, appunto. A Monrovia, quando arrivi a una festa, fai il giro degli invitati già presenti, gli stringi la mano, ti pieghi in avanti per baciarli, sempre sulla guancia, e scambiare due chiacchiere. A volte, per salutare dieci persone ci vogliono quindici o venti minuti. E non è escluso che quando è ora di andar via il rituale ricominci da capo.

Tutto questo ora non c'è più. L'Ebola si diffonde attraverso i fluidi corporei: vomito, sangue, feci, lacrime, saliva e sudore. Il contatto ravvicinato è diventato un tabù.

Il Governo liberiano ha decretato che i taxi, in cui normalmente si stipavano sei, sette, otto persone e in un caso recente perfino quattro capre, sono autorizzati a caricare sul sedile posteriore non più di tre persone: meno passeggeri, meno possibilità di toccarsi.

Sylvester Vagn, 40 anni, che prima di essere licenziato, qualche mese fa, faceva l'autista per un'azienda tecnologica, mi ha detto che anche se ci sono solo due persone nel taxi insieme a lui, se ne sta tutto schiacciato contro lo sportello del guidatore per non toccare i passeggeri, e il braccio che è più vicino al passeggero lo tiene di traverso sul corpo, quasi fuori dal finestrino. «Sto seduto così, con la testa così» mi dice facendomi vedere che piega la testa il più distante possibile. «E mi tengo addosso la giacca».

Clara K. Mallah, 27 anni, porta le maniche lunghe e se le tira giù a coprire le mani ogni volta che la nipotina di tre anni corre ad abbracciarla. Mallah, che lavora come interprete per un'organizzazione internazionale di Monrovia, fa un'eccezione solo per la madre cinquantaduenne, amputata per il diabete e che non esce mai di casa. E anche in quel caso ha l'ansia. «Se mia madre fosse in grado di camminare» dice, «non la toccherei».

Ma i legami familiari più stretti mostrano quanto sia fragile la determinazione di non toccare nessuno, per proteggersi dall'Ebola. Come si fa a non toccare la mamma malata? Il trentasettenne Ephraim Dunbar non ci è

riuscito. A fine agosto, quando gli hanno comunicato per telefono che sua madre aveva contratto il virus, è corso alla sua casa di Dolos Town, l'enclave vicino a Harbel dove decine di persone sono morte di Ebola. L'ha trovata nel letto, che vomitava sangue. La sua mente è andata immediatamente alle precauzioni contro il contagio. Ha fatto del suo meglio per non toccarla, ma la donna peggiorava e lui non è riuscito a resistere: le ha dato del latte, ha cercato di consolarla. La sua pelle è entrata in contatto con quella della madre. La donna è morta il giorno dopo. Subito dopo il funerale, anche la fronte di Dunbar ha cominciato a scottare per la febbre. Per 15 giorni è rimasto al John F. Kennedy Hospital di Monrovia combattendo contro la malattia. Alla fine ha vinto. Ma quando è uscito dall'ospedale, ha scoperto che quattro delle sue sorelle, suo fratello, suo padre, suo zio, sua zia e i suoi due nipoti erano morti. Tutta la sua famiglia spazzata via nel giro di pochi giorni. Dunbar rifarebbe tutto quello che ha fatto. «Era mia mamma, quella che mi ha messo al mondo».

Il tallone di Achille di Levy Zeopuegar è stato la sorella maggiore Neconie («stesso padre, stessa madre», la descrive lui con un'espressione tipicamente liberiana usata per rimarcare il legame speciale dei fratelli germani, in un Paese dove fratellastri o sorellastre sono la norma).

Quando Neconie si è ammалata, suo fratello ha noleggiato un'auto privata per portarla all'ospedale ed è salito a bordo insieme a lei. Quando il guidatore gli ha fatto notare che alla donna scendeva il sangue dal naso, Zeopuegar si è girato verso di lei con un asciugamano. Neconie è morta. Suo marito, anche lui nella macchina, è morto. Anche Zeopuegar ci è andato vicino, dopo 19 giorni nel centro per malati di Ebola di Harbel. Per giorni ha sputato sangue, e ogni giorno pensava che fosse l'ultimo: fino a quando, un

**Molti
raccontano
che da mesi
non sentono
più il calore
della pelle
umana**

mattino, si è svegliato e ha capito che sarebbe sopravvissuto. «Deve capire» ha cercato di spiegare. «Questa cosa dell'Ebola: come si può vedere tuo figlio o tua figlia a letto ammalati e dire 'Non li tocco'? È improponibile».

Eppure è questo che devono fare i liberiani se vogliono combattere il virus. Girando per le strade di Monrovia, a volte sembra impossibile: i bambini continuano a correre tra le bancarelle dei mercati, giocando e spintonandosi; gli invalidi in carrozzella si avvicinano, come sempre, alle macchine ferme al semaforo chiedendo l'elemosina; i ragazzi continuano ad accalcarsi per le strade affollate del quartiere di West Point.

Molti dicono che sono mesi che non sentono il calore della pelle umana. Molti non stringono più la mano agli altri, non danno più baci. Niente carezze. Niente abbracci.

Ma qualcuno lo fa ancora. Sorella Barbara Brilliant, preside del College di scienze sanitarie Mother Patern, nel convento di Santa Teresa, la scorsa settimana guidava con la sua auto per la strada quando ha visto due fidanzati che si tenevano per mano.

«Non dovete tenervi per mano!» gli ha strillato dal finestrino. Mi ha detto che l'hanno guardata come fosse una pazza.

Perciò, quando Rebecca, la sua bambina di due anni, si è ammalata, Precious Diggs l'ha presa in braccio. Rebecca non ce l'ha fatta, è morta pochi giorni dopo. Ha trasmesso il virus alla mamma. Qualche settimana dopo, Precious è uscita dal centro per i malati di Ebola. Stava seduta di fronte alla tenda delle dimissioni, insieme ad altre otto persone in fila, tutte guarite dalla malattia, tutte in attesa di tornare a una vita nuova e completamente diversa da quella di prima.

Helene Cooper

© 2014 New York Times News Service
(Traduzione di Fabio Galimberti)

L'EPIDEMIA
DI EBOLA
DAL 1976 AD OGGI



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 091070



Dimagrire **Ho lo snack nel cervello**

«Vorrei dimagrire, ma alle patatine fritte non resisto...». La solita scusa. Che sembra però avere le ore contate. Un gruppo di ricercatori americani avrebbe dimostrato, infatti, che è possibile ristrutturare le nostre preferenze alimentari, grazie a una combinazione di dieta e counseling. Fino a qualche tempo fa si pensava che scardinare la passione per il junk food fosse impossibile, «ma in effetti, non è che ci portiamo dietro dalla nascita la passione per le patatine fritte o l'avversione per la pasta integrale: si tratta di un condizionamento dovuto all'ambiente tossico - dal punto di vista nutrizionale - in cui viviamo», osserva Susan B Rogers della Tuft University, che ha realizzato lo studio in collaborazione con il Massachusetts General Hospital. Il regime alimentare seguito dagli otto soggetti in sovrappeso che hanno partecipato all'esperimento, insieme a altri cinque come gruppo di controllo, nasce proprio dal programma ideato dalla Rogers con il nome di I diet, o dieta istintiva. È un regime ricco di carboidrati a basso indice glicemico, proteine e fibre. Integrato da sedute di supporto, ma soprattutto pensato per arginare i meccanismi che ci spingono verso i cibi ipercalorici: la passione per la varietà e i cibi familiari, l'esigenza di sentirsi sazi, il craving per zuccheri e grassi. Un meccanismo che evidentemente funziona. Al termine dei previsti sei mesi di dieta, i partecipanti sono stati sottoposti a una risonanza magnetica funzionale, per capire se le loro reazioni di fronte al cibo fossero cambiate. Si è visto così che gli snack ipercalorici non riuscivano più ad attivare le aree cerebrali legate alla gratificazione e alla dipendenza, mentre i cibi sani cominciavano a provocare reazioni positive. Un risultato incoraggiante, anche se dovrà essere confermato da altri studi. «Il vantaggio di questo metodo, rispetto ad altri sistemi pur efficaci come la chirurgia bariatrica, è che non toglie il piacere del cibo ma si limita a indirizzarlo in modo corretto», osserva lo psicologo Thilo Deckersbach, un altro dei responsabili dello studio pubblicata won line dalla rivista "Nutrition & Diabetes".

Foto: Sny/Corbis, Gallerystock/Contrasto

Paola Emilia Cicerone